

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL UFSC/UFP**

MÁRCIA MARIA BRAGANÇA LOPES

**EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NA UFP E A PRÁTICA DA
ENFERMEIRA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS
2009**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

L864e Lopes, Márcia Maria Bragança

Educação em enfermagem na UFPA e a práxis da enfermeira na atenção básica de saúde [tese] / Márcia Maria Bragança Lopes ; orientadora, Marta Lenise do Prado. - Florianópolis, SC, 2009.

270 f.: il.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem - Estudo e ensino. 2. Formação profissional. 3. Educação em saúde. I. Prado, Marta Lenise do. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

MÁRCIA MARIA BRAGANÇA LOPES

**EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NA UFPA E A PRÁXIS DA
ENFERMEIRA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Marta Lenise do Prado
Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem

FLORIANÓPOLIS
2009

MARCIA MARIA BRAGANÇA LOPES

**EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NA UFPPA E A PRÁTICA DA
ENFERMEIRA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 26 de novembro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



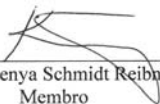
Dra. Marta Lenise do Prado
Presidente



Dra. Elizabeth Teixeira
Membro



Dr. Gênylton Odilon Rêgo da Rocha
Membro



Dra. Kenya Schmidt Reibnitz
Membro



Dra. Maria de Lourdes de Souza
Membro

Dra. Sandra Márcia Soares Schmidt
Membro Suplente

Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Membro Suplente

*Dedico esta Tese ao Júlio, Wilson
(Cássia) e Bernardo*

*À minha mãe Conceição, cuja partida
representou uma perda irreparável,
deixando um imenso vazio. Na certeza
de seu apoio, mesmo em outro plano de
vida.*

AGRADECIMENTOS

Ao final desta trajetória, agradeço a todas as pessoas que estiveram ao meu lado e me ajudaram nesta caminhada, dando apoio e força nos momentos necessários e, em particular:

ao Júlio, companheiro de trajetória de vida, amigo incondicional, que mais uma vez demonstrou a importância do suporte familiar em momentos decisivos da vida pessoal e profissional;

ao Wilson e Bernardo, grandes incentivadores e certamente os maiores responsáveis por todas as lutas e vitórias de minha vida;

à “tia-mãe” Júlia, pelo suporte emocional, através de suas orações, com quem sempre pude contar ao longo de minha vida;

à Dra Marta Lenise do Prado, minha orientadora, pela segurança, lucidez e companheirismo demonstrados nesta “construção”;

aos colegas de doutorado, por acreditarmos que iremos chegar, todos, ao final dessa empreitada;

à UFPA, em particular ao Dr. Alex Fiuza de Mello, por ter vislumbrado, no crescimento de um grupo de docentes, uma das molas propulsoras para o crescimento do Curso de Enfermagem;

aos professores do DINTER, em particular à Dra. Maria de Lourdes de Souza, por acreditar na parceria vitoriosa entre realidades tão distintas, que representam este Brasil de grandes diversidades, portanto celeiro de ricas aprendizagens;

à CAPES, por ter viabilizado a concretização do Doutorado Interinstitucional;

as Enfermeiras, ex-alunas e sujeitos desta pesquisa, pela disponibilidade em compartilhar suas práticas e vivências profissionais.

LOPES, Márcia Maria Bragança. **Educação em enfermagem e práxis da enfermeira na atenção básica de saúde**. 2009. 270 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

Orientador: Dra. Marta Lenise do Prado

Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, cujo objetivo foi desvelar como as bases teóricas da educação em enfermagem contribuem para a determinação da práxis da Enfermeira na Atenção Básica de Saúde. Na composição do suporte teórico-filosófico foram utilizados os níveis de práxis preconizados por Adolfo Sánchez Vázquez e a educação libertadora de Paulo Freire. A trajetória metodológica esteve baseada nos estudos de caso de Yin, os contextos do estudo foram duas unidades de análises, ambas no Estado do Pará. A primeira, o município de Bragança, no Estado do Pará, com uma população de 102.232 habitantes e uma Rede Básica de Saúde composta por dezenove unidades de serviço e vinte e duas equipes de Saúde da Família. A segunda, um Distrito de Saúde de Belém, capital do Estado, que atende a uma população de 402.292 habitantes, através de uma Rede Básica de Saúde composta por onze unidades de serviço e treze equipes de Saúde da Família. Os sujeitos do estudo foram oito enfermeiras, escolhidas através dos seguintes critérios: egressas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará; que tivessem ingressado no Curso a partir do ano de 1998; que estivessem desenvolvendo suas atividades nas unidades de saúde que compõem o contexto do estudo e que se dispusessem a participar da pesquisa. Como técnicas de coleta de dados foram utilizadas a entrevista e documentos e como procedimento de análise dos dados foi utilizado o preconizado por Strauss e Corbin. O estudo dos dados culminou em cinco categorias de análise, quais sejam: o modelo pedagógico na educação formal e seus reflexos na formação de enfermeiras; a articulação ensino-serviço e seus reflexos na formação de enfermeiras; a educação formal como base da práxis de enfermeiras na atenção básica; aprender e ensinar no cotidiano do trabalho: reflexões de enfermeiras em suas práxis na atenção básica; razões e dificuldades para o desenvolvimento das ações educativas na prática de enfermeiras na atenção básica. Os resultados possibilitaram constatar que o órgão

formador vem, gradativamente, contribuindo para um novo significado do cuidado, como prática social, na medida em que, vivenciando um processo de transição no modelo de ensino, já oportuniza postura reflexiva, estímulo à criatividade e à autonomia e contribui para uma visão de mundo mais humanizada, levando à compreensão de que, no cenário atual, possui uma função essencial. Conclui-se, portanto, haver ratificado a TESE de que a Educação é um instrumento, uma ferramenta, para ajudar a superar a interferência, ainda hoje existente, dos referenciais educativos tradicionais nas práticas de saúde vigente, distantes dos enunciados da reforma sanitária, pois a práxis da enfermeira não depende unicamente de referenciais teóricos construídos ao longo de sua atividade profissional, mas depende, também, da participação da educação formal para a construção destes referenciais, que serão potencializados e potencializadores para a vivência profissional.

Palavras-chaves: enfermeira, formação, educação em enfermagem, educação em saúde, atenção básica.

LOPES, Márcia Maria Bragança. **Nursing education and practice of the nurse in primary care health.** 2009. 270 f. Theses (Doctor in Nursing), Postgraduate Course in Nursing. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

ABSTRACT

This is a case study of qualitative approach, aimed at uncovering how the theoretical bases of nursing education contribute to determine the practice of the Nurse in Primary Health. On the composition of the theoretical and philosophical support were used levels practice recommended by Adolfo Sánchez Vázquez and liberating education of Paulo Freire. The methodology was based on case studies of Yin, the contexts of the study were two units of analysis, both in the state of Pará first, the municipality of Bragança, Pará State, with a population of 102,232 inhabitants and a Network Basic Health composed of nineteen units of service and twenty-two teams of Family Health. The second, a health district of Belem, state capital, serving a population of 402,292 inhabitants, through the Primary Health Network consists of eleven units of service, thirteen teams of Family Health. The study subjects were eight nurses, chosen by the following criteria: recent graduates of the Nursing Course at the Federal University of Para, who had joined the course from the year 1998, that were developing their activities in health units that comprise the context the study and who were willing to participate. As techniques for collecting data were used to interview and use of documents such as procedure and data analysis, we used the recommended by Strauss and Corbin. The study of data resulted in five categories of analysis, namely: the pedagogical model in formal education and its effects on training of nurses, the coordination of teaching - service and its effects on training of nurses; formal education as the basis for practice nurses in primary care, teaching and learning in daily work: reflections from nurses in their practice in primary care; reasons and difficulties in the development of educational practice nurses in primary care. It was possible to see that the educational institutions, gradually contributing to a new meaning of care as a social practice, in that, through a process of transition in the teaching model, now nurture reflexive stance, I encourage creativity and autonomy and contributes to a vision of a more humane world, leading to understanding that the current environment, has an essential function. It is, therefore, had ratified the thesis that education is a tool, a tool to help overcome the interference still exists today, the traditional educational

frameworks in the practice of public health policy, far from the set of health reform, because the practice nurse does not depend solely on references built up over his career, but also depends on the participation of formal education for the construction of these benchmarks, which will be leveraged and enhancers to professional experience.

Key words: Nurse, Education, Nursing Education, Health Education, Primary Care.

LOPES, Márcia Maria Bragança. **Educación en enfermería y la práctica de la enfermera en la atención primaria de salud.** 2009. 270 f. Tesis (Doctorado en Enfermería), Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

RESUMEN

Se trata de un caso de estudio de abordaje cualitativo, cuyo objetivo es descubrir cómo las bases teóricas de la enseñanza de enfermería contribuyen a determinar la práctica de la Enfermería en la Salud Primaria. En la composición del soporte teórico y filosófico se utilizaron los niveles de la práctica recomendada por Adolfo Sánchez Vázquez y la educación liberadora de Paulo Freire. La metodología se basó en estudios de casos de Yin, el contexto del estudio fueron dos unidades de análisis, tanto en el estado de Pará, en primer lugar, el municipio de Bragança, estado de Pará, con una población de 102.232 habitantes y una red Básico de Salud compuesto de unidades de diecinueve de servicio y veintidós equipos de Salud de la Familia. El segundo, un distrito de salud de Belém, capital del estado, atiende a una población de 402.292 habitantes, a través de la Red Primaria de la Salud se compone de once unidades de servicio, trece equipos de Salud de la Familia. Los sujetos del estudio fueron ocho enfermeros, elegidos por los siguientes criterios: los recién graduados del Curso de Enfermería de la Universidad Federal de Pará, que se había unido el curso desde el año 1998, que estaban desarrollando sus actividades en las unidades de salud que conforman el contexto el estudio y que estaban dispuestos a participar. Como técnicas de recogida de datos se utilizaron para la entrevista y el uso de documentos tales como el procedimiento y análisis de datos, se utilizó el recomendado por Strauss y Corbin. El estudio de los datos de resultado en cinco categorías de análisis, a saber: el modelo pedagógico en la educación formal y sus efectos en la formación de las enfermeras, la coordinación de la enseñanza - servicio y sus efectos en la formación de los enfermeros, la educación formal como la base para enfermeras de práctica en la atención primaria, la enseñanza y el aprendizaje en el trabajo diario: los reflejos de las enfermeras en su práctica en la atención primaria, razones y dificultades en el desarrollo de la práctica educativa en las enfermeras de atención primaria. Se pudo ver que las instituciones educativas, poco a poco una nueva significación de la atención como una práctica social, en que, a través de

un proceso de transición en el modelo de enseñanza, ahora alimentar postura reflexiva, que fomentar la creatividad y la autonomía y la contribuye a una visión de un mundo más humano, lo que lleva a la comprensión de que el entorno actual, tiene una función esencial. Es, por tanto, ha ratificado la tesis de que la educación es un instrumento, una herramienta para ayudar a superar la interferencia todavía existe hoy en día, los marcos tradicionales de la educación en la práctica de la política de salud pública, lejos del conjunto de la reforma de la salud, porque la enfermera de la práctica no depende únicamente de referencia construido a lo largo de su carrera, pero también depende de la participación de la educación formal para la construcción de estos puntos de referencia, que tendrán un efecto multiplicador y potenciadores de la experiencia profesional.

Palabras clave: Enfermería, Educación, Educación en Enfermería, Educación para la Salud, Atención Primaria.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Organização da Assistência à Saúde no Estado do Pará, ordenada pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDR – Pará – 2008	33
Quadro 2: Distribuição da Rede de Saúde do Estado por categoria, segundo a Região na qual está localizada - Pará, 2008	34
Quadro 3: Exemplo do processo de codificação aberta.....	89
Quadro 4: Exemplo do processo de codificação aberta.....	89
Quadro 5: Exemplo do processo de codificação axial.....	90
Quadro 6: Exemplo do processo de codificação axial.....	90

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fases do processo de codificação	88
Figura 2: Categorias e elaboração das subcategorias de análise	91
Figura 3: Categorias e subcategorias de análise.....	92

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	14
LISTA DE FIGURAS.....	15
CAPÍTULO I.....	19
CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	19
1.1 PROPÓSITOS DO TRABALHO.....	25
CAPÍTULO II.....	26
INSERÇÃO DA PRÁTICA DAS ENFERMEIRAS EM ATENÇÃO BÁSICA E COMO SE ESTRUTURA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL E NO PARÁ.....	26
2.1 ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PAPEL DA ENFERMEIRA NESSE CONTEXTO.....	26
2.2 A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE E A INFRAESTRU- TURA DA REDE DE SAÚDE NO ESTADO DO PARÁ.....	32
CAPÍTULO III.....	35
POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ENFERMAGEM.....	35
3.1 A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	35
3.2 O PROCESSO EDUCATIVO NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	38
3.3 AS TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS E A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	40
CAPÍTULO IV.....	49
SUPORTE TEÓRICO-FILOSÓFICO DA PESQUISA.....	49
4.1 SOBRE ADOLFO SÁNCHEZ VÁZQUEZ E SUA OBRA.....	49
4.1.1 Sobre o Significado da Práxis.....	51
4.2 SOBRE PAULO FREIRE.....	69
4.2.1 A Educação Libertadora por Paulo Freire.....	74
4.3 ENFERMAGEM: UMA FORMA ESPECÍFICA DE PRÁXIS PARA UMA AÇÃO EDUCATIVA LIBERTADORA.....	76
CAPÍTULO V.....	80
PERCURSO METODOLÓGICO.....	80
5.1 O TIPO DE PESQUISA.....	80

5.2 CONTEXTOS E SUJEITOS DO ESTUDO	82
5.3 COLETA E REGISTRO DOS DADOS.....	84
5.4 ANÁLISE DOS DADOS	86
5.4.1 Codificação dos dados.....	88
5.5 QUESTÕES ÉTICAS DO ESTUDO	93
CAPÍTULO VI.....	96
6.1 MANUSCRITO 1 - O MODELO PEDAGÓGICO NA EDUCAÇÃO FORMAL E SEUS REFLEXOS NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS	96
6.2 MANUSCRITO 2 - A ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E SEUS REFLEXOS NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS.....	111
6.3 MANUSCRITO 3 - EDUCAÇÃO FORMAL COMO BASE DA PRÁXIS DE ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO BÁSICA	126
6.4 MANUSCRITO 4 - APRENDER E ENSINAR NO COTIDIANO DO TRABALHO: REFLEXÕES DE ENFERMEIRAS EM SUAS PRÁXIS NA ATENÇÃO BÁSICA	142
6.5 MANUSCRITO 5 - RAZÕES E DIFICULDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES EDUCATIVAS NA PRÁTICA DE ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO BÁSICA	166
CAPÍTULO VIII	182
CONSIDERAÇÕES FINAIS	182
REFERÊNCIAS.....	191
APÊNDICES.....	200
ANEXOS	217

*Tantas vezes chegamos lá... Tantas
vezes precisamos ir mais além...*

Fernando Pessoa

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Refletir sobre a prática profissional significa, obrigatoriamente, estudá-la no seu contexto histórico-social, pois qualquer atividade humana pressupõe a participação do contexto que a envolve, ou seja, sua dinâmica social (IBIAPINA et al, 2005).

Os processos de trabalho nos quais venho me envolvendo ao longo de minha carreira profissional sempre estiveram ligados à Saúde Pública e despertaram uma forma particular de compreender a profissão que escolhi fortemente inserida nesta área e com a responsabilidade de um Cuidar voltado para as questões sociais do usuário, influenciadoras de suas condições de saúde, e dessa forma ajudá-lo a ser sujeito e autor de sua própria história, por entender, como Freire (2006), que instaurar uma nova realidade, por uma ação transformadora, implica o reconhecimento crítico da razão que levou à situação em que se vive.

O desejo de adentrar em novos espaços e fazer novas descobertas me levou a ingressar na docência, na qual identifiquei um campo fértil para ampliar os debates a respeito do papel social da enfermeira frente às crescentes contradições e inquietações da sociedade atual, desta feita com futuras profissionais, o que me despertou um misto de responsabilidade e satisfação em contribuir com a formação de futuras enfermeiras.

A maior proximidade às peculiaridades da Instituição Formadora, do Curso e do alunado, oportunizada pelas atividades administrativas que assumi, fez surgir novos questionamentos e o desejo de ampliar minha participação nos meandros da docência, juntamente com a certeza de que esta atenderia plenamente às minhas aspirações profissionais, e foi decisiva pela opção que fiz de exclusividade na área.

Com os crescentes debates das Diretrizes que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), das novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação e como membro do grupo que permaneceu à frente da construção de um novo projeto pedagógico para o Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), identifiquei necessidades de ajustes no processo de formação, no intuito de contribuir com a preparação de profissionais aptos ao enfrentamento dos problemas de saúde/sociais contemporâneos.

Nessa busca e constantes interrogações, identifiquei em Vázquez (1990), que considera a práxis uma atividade efetiva, prática e exclusiva

do homem, transformadora da realidade, que implica a intervenção da consciência, e em Reibnitz e Prado (2006), que veem na educação o caminho pelo qual se dá a preparação e a integração plena do homem para tornar-se sujeito da vida pública, o caminho para compreender o grau de importância da Instituição Formadora no contexto da práxis das enfermeiras. Nessa perspectiva, passei a verificar que a profissional enfermeira poderia e deveria ser uma grande aliada na transformação das questões sociais que interferem, sobremaneira, na qualidade de vida e saúde das pessoas, particularmente no âmbito da Atenção Básica.

Caracterizam-se como Atenção Básica as ações disponibilizadas no nível de atenção primária¹, seja em caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento das doenças e reabilitação. Ela envolve procedimentos que visam ao meio ambiente e à qualidade de vida da população, sempre em consonância com as características de vida das pessoas nos diferentes momentos da história (BRASIL, 2009).

A organização da Atenção Básica tem como fundamento os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)² e a participação da enfermeira na atenção primária. Por tratar-se de uma profissional historicamente marcada pelo compromisso com a saúde pública, tem grande capilaridade e está presente na maioria das ações, além de ser a profissional mais requisitada para assumir papéis estratégicos na implantação das políticas de saúde (BRASIL, 2009c).

Nesse âmbito, a enfermeira participa de ações que vão desde a assistência individual e/ou coletiva até a produção científica na área, perpassando por atividades de educação (formação e capacitação), gerência, organização, planejamento, gestão, assessoria, consultoria e auditoria em instituições de saúde.

¹ As interpretações variam de Atenção Primária à Saúde como estratégia de reordenamento do setor saúde; Atenção Primária à Saúde como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde; e Atenção Primária à Saúde como programa com objetivos restritos e voltados especificamente à satisfação de algumas necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e marginalidade. Nos países do terceiro mundo, predomina a interpretação da Atenção Primária à Saúde como um programa específico para os marginalizados e excluídos e materializada na proposta político-ideológica da atenção primária seletiva destinada às populações pobres. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.

² Princípios Doutrinários: universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde. Princípios Operacionais: descentralização dos serviços, regionalização e hierarquização da rede e participação social. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

A Estratégia Saúde da Família³, carro-chefe da Atenção Básica, se mostra um espaço fértil para a atuação da enfermeira e apresenta como atribuições desta: “a) realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada; b) realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações conforme protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e disposições legais da profissão; c) planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a Unidade de Saúde da Família, levando em conta as reais necessidades de saúde da população adstrita; d) executar as ações de assistência integral à criança, à mulher, ao adolescente, ao adulto e ao idoso; e) aliar atuação clínica à prática de saúde coletiva; f) realizar atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na atenção básica, definidas nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (2002)⁴; g) supervisionar e executar ações para capacitação dos agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, com vista ao desempenho de suas funções” (BRASIL, 2009b).

Compreendo que a prática da enfermeira na Atenção Básica exige, além de entendê-la inserida no contexto social, analisar criticamente seus elementos constitutivos, relacionando-os com os determinantes estruturais do nível de atenção primária, para, posteriormente, poder vislumbrar e sugerir novos caminhos para a educação em enfermagem e para a construção de uma nova prática mais crítica, criativa e comprometida com a realidade social.

³ O Programa Saúde da Família, oficializado em 1994 e expandido em 1995, surge com a concepção de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS, que desse privilégio às áreas de maior risco social. É apresentado como modelo que visa desenvolver ações de promoção e proteção à saúde de indivíduos, da família e da comunidade a partir das ações da equipe de saúde. Hoje é considerada política nacional através da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS, com as prioridades totalmente voltadas para este modelo. KOSTER, I. “Toolkit” para o trabalho na estratégia saúde da família (ESF) Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acessado em: 15/08/2009.

⁴ A NOAS – SUS 01/2002 apresenta um conjunto de estratégias, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 373/2002. Institui a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002. Brasília, 2002.

Como pauta desta análise crítica deve estar o modelo biomédico, que ao longo da história teve forte presença na formação da enfermeira e caracteriza-se pela visão médica tradicional, formada durante o período de evolução da medicina, considerando apenas os fatores biológicos como causas das doenças e determinando os modos de tratamento exclusivamente médico (GUEDES et. al., 2006).

Esses autores referem que, no final do século XVIII, houve uma ruptura de paradigma no interior do saber e da prática de saúde, que deixa de ser classificatória para tornar-se anátomo-clínica, denominada de medicina moderna. Nessa perspectiva, passa-se a pensar a doença como localizada no corpo humano e a anatomia patológica insere-se na prática de saúde. Com isso a atenção à saúde faz sua opção pela naturalização de seu objeto através do processo de objetivação, ou seja, o de fazer surgir a objetividade da doença, com a exclusão da subjetividade e a construção de generalidades. Verificou-se, então, uma verdadeira cisão entre teoria e prática, que termina por fragmentar também o paciente (sintomas objetivos e sintomas subjetivos), sendo que, na maioria das vezes, os sintomas subjetivos não são levados em conta.

No modelo biomédico as doenças são coisas de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa, se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, manifestações de lesões, que devem ser buscadas por sua vez no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta. Com essa percepção, ignora-se aquilo que deveria ser a categoria central da prática de saúde: os problemas do ser humano envolvem uma série de questões as quais escapam ao biológico, pois se referem, também, a questões psicológicas, culturais e sociais (GUEDES et. al., 2006).

Atualmente, observam-se inúmeras propostas de soluções possíveis a essas questões, tanto no nível institucional quanto na organização e gestão dos serviços de saúde. Maiores investimentos no setor, redirecionamento dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Graduação, melhor estruturação do sistema e melhorias na gestão teriam um impacto positivo e produziriam resultados mais satisfatórios.

Parto da premissa de que há, também, obstáculos no interior da formação dos profissionais que podem afetar a melhoria da atenção à saúde e, para que haja uma mudança efetiva desse modelo assistencial, torna-se imprescindível um repensar contínuo no educar, considerando a teoria e a prática das ações de saúde. Para que esta alteração ocorra, convém ter em mente como é a situação, como funciona esse modelo e para onde se quer transformá-lo.

Nessa perspectiva Prado, Reibnitz e Gelbcke (2006, p. 297) questionam

Se cuidar não significa adestrar, mas desenvolver a capacidade de aprender como um sujeito crítico, epistemologicamente curioso, que constrói o conhecimento do objeto ou participa de sua construção; se educar exige apreensão da realidade, não para adaptação, mas para a transformação, para a intervenção e recriação dessa realidade, o que significa educar para o cuidado de enfermagem?

Considero que a interferência ainda hoje existente do modelo biomédico explica, em parte, a dissonância entre os referenciais educativos tradicionais da prática dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS. Creio que explica, também, a distância entre determinados enunciados já consagrados da reforma sanitária, como a integralidade da atenção, o conceito ampliado de saúde, a intersetorialidade e as práticas de saúde vigentes.

Minha TESE, portanto, é que a Educação seja um instrumento, uma ferramenta para ajudar a superar essas diferenças. Ou seja, espero que os projetos pedagógicos trabalhem com referenciais educativos que sirvam de estratégias para a transformação das práticas no SUS.

Nesse contexto de importantes mudanças encontra-se o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará⁵, que foi criado em 22 de setembro de 1975, pela Resolução nº 322, do Conselho Universitário. Foi reconhecido em 15 de agosto de 1979, pelo Parecer do Conselho Federal de Educação nº 1483, de 1978 CFE e 253088, de 1979, do MEC, levando à formação especializada do enfermeiro pela diversificação das habilitações em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem de Saúde Pública e Licenciatura. O regime didático ofertado na Instituição era a matrícula por disciplina. Em 1992, houve uma transformação do currículo, agrupando as disciplinas em blocos, inserindo o curso no regime seriado semestral, decisão aprovada pela Resolução nº 2.135/93 CONSEP e implantada em 1993.

Para cumprir a determinação do Parecer nº 314/94 e da Portaria MEC nº 1.721/94, que tratam do currículo mínimo para os Cursos de Graduação em Enfermagem em nível nacional, o Curso implantou um novo currículo, com a devida correlação entre as disciplinas, e, em 1998,

⁵ Dados retirados do Projeto Político-Pedagógico do Curso de Enfermagem da UFPA.

a nova estrutura curricular foi finalmente implementada.

Vale registrar que a implantação e a implementação desse currículo⁶, que teve como matriz a Portaria MEC nº 1.721/94, oportunizaram o contato precoce do aluno com a comunidade, contribuindo para que os discentes pudessem identificar as variáveis e os fatores que interferem no processo saúde-doença, bem como ter acesso à disciplina Metodologia da Pesquisa, como eixo intermediador desde o primeiro semestre do curso, exigindo que o aluno trabalhasse situações pontuais por problemas focais.

O corpo social do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPA, visando a atender a Resolução CES/CNE nº 3, de 07 de novembro de 2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, assim como contemplar os princípios, eixos, metas e ações estabelecidas no PDI da UFPA 2001-2010, construiu coletivamente um Projeto Pedagógico (PP) para este curso, que foi implantado com a turma de ingressantes do ano de 2005.

Considerando que a estrutura curricular, que atendeu ao Parecer nº 314/94 e à Portaria MEC nº 1.721/94, ativa entre os anos de 1998 a 2004, objetivou oportunizar aos discentes uma nova perspectiva de formação profissional, através do contato precoce com a realidade e da ênfase na atenção básica de saúde, é que optei por ouvir seus egressos e dessa forma contribuir com o processo de implementação, em curso, de um projeto pedagógico com características inovadoras, fundamentado em referenciais e pressupostos contemporâneos, buscando um ensino de qualidade para o Curso de Graduação em Enfermagem da UFPA.

O trabalho será apresentado em sete momentos diferenciados. No primeiro, são colocados em foco os argumentos que justificam a escolha da temática em questão e os propósitos básicos do trabalho. No segundo, são feitas abordagens da inserção da prática dos enfermeiros em Atenção Básica e como se estrutura o Sistema Único de Saúde no Brasil e no Pará. No terceiro, são abordadas as políticas públicas de educação em saúde e enfermagem. No quarto, é abordado o suporte teórico-filosófico da pesquisa. No quinto, é descrito detalhadamente o percurso metodológico da pesquisa. No sexto, são expostos os manuscritos oriundos dos resultados da pesquisa. No sétimo, e último momento, são feitas as considerações finais do estudo.

⁶ Matriz Curricular no Apêndice D.

1.1 PROPÓSITOS DO TRABALHO

Propus-me, como pesquisadora, a identificar a participação da educação formal para a construção dos referenciais que orientam a prática das enfermeiras, egressas da UFPA, na atenção básica; os referenciais que orientam esta prática; e como as enfermeiras vêm desenvolvendo sua prática neste nível de atenção.

Para tanto, o estudo foi conduzido pelas seguintes questões norteadoras: qual a participação da educação formal na construção dos referenciais teóricos que norteiam a práxis das enfermeiras na atenção básica de saúde? Como as bases teóricas da educação em enfermagem norteiam a práxis da enfermeira na atenção básica de saúde? Como as enfermeiras vêm desenvolvendo sua práxis na atenção básica de saúde?

No processo de amadurecimento e de eleição do tema em questão, pude perceber que sua relevância está focada na prática educativa de formação e na prática do trabalho na atenção básica de saúde, sendo necessário escutar as agentes desta prática, para posteriormente decodificar seu “pensar”. Baseado nesta perspectiva, o objetivo deste estudo foi *desvelar como as bases teóricas da educação em enfermagem contribuem para a determinação da práxis da Enfermeira na Atenção Básica de Saúde*.

A questão central focalizada no estudo visou conhecer a contribuição da Instituição Formadora na construção dos referenciais teóricos que fundamentam a atuação da enfermeira na Atenção Básica, sendo que, para atingir esta proposição, foi necessário:

- a) conhecer a contribuição da Instituição de Ensino na construção dos referenciais durante o processo de formação das enfermeiras;
- b) identificar os referenciais e como se expressam na prática das enfermeiras na Atenção Básica de Saúde;
- c) conhecer as concepções das enfermeiras a respeito da dimensão da prática educativa na Atenção Básica de Saúde;
- d) conhecer as práticas educativas e as dificuldades das enfermeiras na Atenção Básica de Saúde;
- e) reconhecer o nível de práxis das enfermeiras nas ações educativas desenvolvidas na Atenção Básica de Saúde.

CAPÍTULO II

INSERÇÃO DA PRÁTICA DAS ENFERMEIRAS EM ATENÇÃO BÁSICA E COMO SE ESTRUTURA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL E NO PARÁ

2.1 ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PAPEL DA ENFERMEIRA NESSE CONTEXTO

O sistema de saúde vigente no País remonta à década de 70. Surgiu a partir de modelos externos e de um processo interno de forte densidade política e social (COSTA et. al., 1999). Tem por princípios a saúde como direito, integralidade da atenção, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação (BRASIL, 2006).

Fazendo uma retrospectiva da política de Saúde Brasileira⁷, constata-se que até o final da década de 80 os direitos sociais estavam relacionados diretamente ao Sistema Previdenciário. Esse fato estava ligado à política previdenciária de Getúlio Vargas das décadas de 30 e 40, em que a política social era uma estratégia de incorporação de segmentos da classe média e trabalhadores urbanos ao projeto político de industrialização e modernização do País.

Anteriormente à política previdenciária de Getúlio Vargas, a história da Enfermagem no Brasil inicia-se com o nascimento da Enfermagem Profissional, que se deu no ano de 1922, com a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (RIZZOTTO, 1999).

Nessa época, o País vinha passando por profundas transformações nos campos político, econômico, social e cultural. O processo de industrialização, a urbanização, a imigração, as oscilações na economia cafeeira, juntamente com a conjuntura internacional, foram fatores decisivos na instauração de um novo quadro nacional.

⁷ Uma análise exaustiva está em FAVARET, P.; OLIVEIRA, P. J. A. Universalização Excludente. Reflexão sobre a Tendência do Sistema de Saúde. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, n. 3, jun. 1996; COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M.; SILVA, P. L. B. **A descentralização do Sistema Público de Saúde no Brasil: balanço e perspectivas**. São Paulo: Nepp/Unicamp, 1999. 33 p. e NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, F. “AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito a saúde” Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Abrasco/Relume-Dumará, 1994. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, que foram usados como base para a reflexão sobre a Política de Saúde Brasileira contida neste capítulo.

Naquele período, os responsáveis pela economia cafeeira representavam a classe dominante e exerciam poder sobre as classes dos pequenos comerciantes e assalariados, compostas, basicamente, por imigrantes. Estes imigrantes, portugueses, italianos e espanhóis, inicialmente chegaram ao País com o objetivo de trabalhar na agricultura, entretanto, em função da crise cafeeira, deslocaram-se para as cidades e passaram a desenvolver outras atividades, aumentando a população urbana.

O aumento populacional das áreas urbanas, associado ao conflito existente entre os grandes e pequenos empresários, foi o responsável pelas lutas sociais e pelos graves problemas de saúde que surgiriam nas grandes cidades. Nesse contexto, o Estado foi obrigado a redefinir seu papel, priorizando a saúde e a educação.

No início da década de 20, um Movimento Sanitário que tinha como matriz o modelo americano e defendia a necessidade de modificar os princípios da Saúde Pública Brasileira, chamado “Redes Locais Permanentes”, foi planejado. Este movimento, que tinha a educação sanitária como instrumento das práticas médico-sanitárias, fazia parte da Reforma Sanitária proposta pelo Departamento Nacional de Saúde Pública. Para tanto, era necessário formar equipes profissionais que atuassem, de forma sistemática, junto à população.

Nesse projeto, a enfermeira-visitadora teria papel fundamental como educadora sanitária, o que fez com que fosse criado, em 1922, um curso para a formação de enfermeiras, baseado no modelo nightingaleano, originário nos hospitais europeus e que se desenvolvia nos hospitais americanos, apesar de o objetivo principal na formação dessas profissionais ser a Saúde Pública (RIZZOTTO, 1999).

O Projeto das “Redes Locais Permanentes” que valorizaria a formação de uma rede ambulatorial geral, descentralizada, regionalizada e única de serviços – o Centro de Saúde -, onde a Enfermagem teria papel definido, acabou não se consolidando.

Para Rizzotto (1999), dentre as causas da não implantação do “Projeto das Redes Locais Permanentes”, estavam:

a) o forte movimento nacionalista que rechaçava qualquer interferência estrangeira em assuntos nacionais, especialmente se esta fosse americana;

b) a tentativa de substituir as Brigadas de Polícia Sanitária, que atuavam de forma impositiva e repressora, por isso rejeitadas por toda a população;

c) a rejeição das próprias enfermeiras que desistiam de trabalhar na área, por perceberem que seu trabalho não levaria a mudança nos hábitos, nem nas condições de saúde da população;

d) a origem social dessas enfermeiras, que não favorecia um trabalho de sacrifícios, por pertencerem às classes média e média alta, pela exigência do Diploma de formação secundária (Escola Normal ou equivalente) ou ainda no intuito de reproduzir no Brasil o mito de Florence Nightingale, nobre inglesa que fundou e difundiu a Enfermagem Moderna.

A intenção inicial de formar profissionais enfermeiras que assumissem o papel de educadores em saúde não chegou a se concretizar por uma série de fatores, que, articulados, determinaram o desenvolvimento da Enfermagem numa perspectiva diferente daquela originalmente pensada (RIZZOTTO, 1999, p. 21).

Com o novo paradigma de compreensão do processo saúde-doença e com o avanço da biologia, fisiologia, anatomia, patologia, microbiologia e bacteriologia, o atendimento foi direcionado ao hospital, em detrimento das medidas de caráter coletivo, privilegiando a assistência individual, a qual exigia a formação de um número cada vez maior de profissionais da enfermagem para compor a equipe de saúde hospitalar.

Em função da industrialização crescente e da liberação da participação política dos trabalhadores a partir do ano de 1945, ocorreu um aumento progressivo da demanda por atenção à saúde.

Após 1950 as práticas da Saúde Pública, inicialmente inspiradas no modelo sanitarista, passam a assumir as características do modelo biomédico, tendo como causas tanto os avanços nas ciências básicas quanto as pressões dos trabalhadores para terem atendimento individualizado e garantido pelo Estado.

É nesse contexto que a Enfermagem torna-se indispensável, em função de sua característica de trabalho em equipe e pelo número restrito desses profissionais na área em questão (RIZZOTTO, 1999).

O processo de industrialização crescente resultou na promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social em 1960, que padronizou os serviços de saúde a que todos os segurados teriam direito, independentemente do Instituto ao qual estivessem filiados.

A criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social unificou todas as instituições previdenciárias setoriais, ao mesmo tempo em que foi consolidando o regime de contratação de produtores privados

dos serviços de saúde. Uma das consequências mais graves dessa política privatizante foi a incapacidade gestora do sistema.

A década de 70 foi marcada pelo aumento da oferta de serviços médicos hospitalares e pela pressão no aumento de gastos. O Sistema Nacional de Saúde, criado em 1975, era constituído pelos serviços do setor público e do privado, voltados para as ações de interesse da saúde. Ao Ministério da Saúde era atribuída a formulação da política pública e a promoção ou execução de ações voltadas para o atendimento do interesse coletivo, enquanto o INAMPS⁸ responsabilizava-se pelas ações médico-assistenciais individualizadas. Na prática, entretanto, esse projeto não chegou a ter importância significativa na solução ou na prevenção da crise que se aproximava.

Embora fosse atribuída ao Ministério da Saúde a formulação das políticas públicas, efetivamente, era o Ministério da Previdência e Assistência Social que predominava na definição da linha política setorial, por deter a maior parte dos recursos públicos destinados à saúde. Como consequência, o INAMPS entra na década de 80 vivendo o agravamento da crise financeira, tendo que equacioná-la tanto como gestor da assistência médica aos previdenciários, quanto como responsável pela assistência individual ao total da população.

Objetivando reduzir os problemas operacionais, foi criada a DATAPREV⁹, encarregada de processar também as contas hospitalares. Na área da assistência médica buscaram-se estabelecer convênios com outros órgãos de saúde, pertencentes às Universidades Públicas, Secretarias de Saúde e Ministério da Saúde. Os benefícios desses convênios foram a prestação de serviços por um custo inferior e maior controle e planejamento dos gastos, em virtude da forma de repasse feita, via orçamento global.

Dessa forma, o INAMPS iniciava um processo de integração da rede pública que viria a culminar com a dissolução das diferenças entre a clientela¹⁰ segurada e a não-segurada. O marco inicial desse período de esforço foi a criação do CONASP¹¹, que recebeu a missão de reorganizar a assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos, estabelecer mecanismos de controle de custos e reavaliar o

⁸ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

⁹ Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social.

¹⁰ Denominação comumente utilizada às pessoas que utilizam os serviços de saúde.

¹¹ Conselho Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

financiamento da assistência médico hospitalar.

Os dois programas mais importantes criados pelo CONASP foram o SAMHPS¹² e o das AIS¹³. O Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social tinha o objetivo de disciplinar o financiamento e o controle da rede assistencial privada contratada; as Ações Integradas de Saúde objetivavam revitalizar e racionalizar a oferta do setor público, estabelecendo mecanismos de regionalização e hierarquização da rede pública nas três esferas governamentais, até então, completamente desarticuladas.

As Ações Integradas de Saúde constituíram-se no principal caminho de mudança estratégica do Sistema e contribuíram para a progressiva universalização da clientela, integração/unificação operacional das diversas instâncias do sistema público e para a descentralização dos serviços e ações em direção aos municípios.

Foi na Secretaria de Planejamento do INAMPS, encarregada de cuidar dos recursos financeiros e legais da relação com estados e municípios, que foram elaborados os instrumentos precursores do que seria um Planejamento Nacional Integrado das Ações de Saúde, pactuado entre as três esferas governamentais.

A POI¹⁴, formulada pela Secretaria de Planejamento do INAMPS, desempenhou papel pioneiro na consideração dos estados e municípios como co-gestores do Sistema de Saúde, não como simples vendedores de serviços ao sistema federal.

Em março de 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve o papel de sistematizar tecnicamente e de disseminar politicamente o Projeto Democrático da Reforma Sanitária, direcionado à universalização do acesso, equidade no atendimento, integralidade da atenção, unificação institucional do sistema, descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços, com a participação da comunidade.

Os debates e as iniciativas de reorganização favoreceram a criação, em julho de 1987, dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que colocavam os Estados e Municípios como gestores do futuro Sistema de Saúde.

A Constituição de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja formatação final e regulamentação só ocorreram em 1990,

¹² Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social.

¹³ Ações Integradas de Saúde.

¹⁴ Programação e Orçamento Integradas.

com a aprovação das Leis 8.080 e 8.142.

O processo de formatação do SUS, nos Estados e Municípios, se deu através das Normas Operacionais Básicas (NOB)¹⁵ e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS)¹⁶, que formalizaram a transferência da gestão para essas esferas e têm, nas Comissões Intergestoras Tripartite¹⁷ e Bipartite¹⁸, o espaço institucional de distribuição pactuada de recursos e atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal.

Nesse processo histórico, a política de saúde indicou para a redefinição dos princípios gerais responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e regras de financiamento, tendo a Atenção Primária como porta de entrada preferencial e ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde, em que a Saúde da Família é o centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Atenção Básica tem se constituído num espaço relevante para a diversidade de atuação da enfermeira, aquecendo discussões importantes sobre as atribuições dessa profissional [...], fato que aponta para maior reflexão sobre a prática das enfermeiras no que se refere à integralidade de cuidados individuais ou coletivos (BRASIL, 2009c, p. 2).

¹⁵ Objetivava aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais, regular as relações entre seus gestores; normatizar o SUS. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS. NOB – SUS 01/96. Brasília: MS, 1996.

¹⁶ Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS Nº 373/2002. Institui a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002. Brasília, 2002.

¹⁷ No âmbito nacional a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde - CONASS - e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS. Tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde.

¹⁸ A Comissão Intergestores Bipartite, CIB, é o fórum de negociação entre o Estado e os Municípios na implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, SUS. Como colegiado bipartite, a CIB é composta paritariamente por nove representantes da Secretaria de Estado da Saúde e por nove do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, COSEMS.

2.2 A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE E A INFRAESTRUTURA DA REDE DE SAÚDE NO ESTADO DO PARÁ¹⁹

Com a implantação das Normas Operacional Básica e de Assistência à Saúde, que redefiniu o modelo operacional do Sistema Único de Saúde, disciplinando as relações entre as três esferas de governo, o Estado do Pará encerrou o processo de habilitação de seus municípios em condições de gestão, com 45 de seus municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal e 98 em Gestão Plena da Atenção Básica, segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS - SUS 01/2002. Com as modificações promovidas pela Portaria 2.023 do Ministério da Saúde em 22 de setembro de 2004, alterando as condições de gestão da saúde no âmbito municipal, permanece apenas a modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal.

O processo de habilitação dos municípios paraenses permitiu a transferência do cadastro das atividades de saúde para os municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, o que representa aos Gestores destes municípios a possibilidade de buscar melhorias na prestação das ações e serviços de saúde. Durante o processo de municipalização, foi pactuado, entre o Estado e os municípios, que a gestão das seis (06) Unidades de Referência Especializada (URE), localizadas na capital, ficasse sob a responsabilidade da Secretaria Executiva de Saúde do Estado.

Dessa forma, o Estado do Pará habilitou-se em Gestão Plena do Sistema Estadual, pois atendeu ao pré-requisito de que, para pleitear esta gestão, é necessário que o estado esteja com 80% de seus municípios já habilitados ou 50% deles, desde que lá residam 80% da população estadual.

A organização da Assistência à Saúde no Estado está ordenada pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado do Pará – PDR, em 09 Polos Regionais; 34 Regiões de Saúde, que são base para o planejamento da atenção à saúde; 62 Módulos Assistenciais, que são conjuntos de municípios, entre os quais existe um município sede, com capacidade de ofertar o mínimo de serviços de média complexidade para sua própria população e para a população de outros municípios a ele adstritos; e 81 Municípios Adstritos, com capacidade de ofertar um

¹⁹ PARÁ. Secretaria Executiva de Saúde Pública. Divisão de Apoio à Municipalização, 2008. Belém. (mimeo). Dados da Divisão de Apoio à Municipalização da SES Pará/2008, foram usados como base para a construção deste capítulo.

conjunto de procedimentos mínimos necessários de atenção básica para a população (Ver Quadro nº 1).

POLO REGIONAL	REGIÃO DE SAÚDE	MÓDULO ASSISTENCIAL/ MUNICÍPIO-SEDE	MUNICÍPIOS ADSTRITOS
REGIONAL METROPOLITANO	05	11	15
REGIONAL ATLÂNTICO	04	05	13
REGIONAL GUAMÁ	03	04	09
REGIONAL MARAJÓ	04	06	10
REGIONAL TOCANTINS	03	06	05
REGIONAL CARAJÁS	04	06	10
REGIONAL XINGU I	02	05	05
REGIONAL ARAGUAIA	04	11	04
REGIONAL TAPAJÓS	05	08	10
TOTAL	34	62	81

Fonte: Secretaria Executiva de Saúde Pública do Pará. Divisão de Apoio à Municipalização, 2008.

Quadro 1: Organização da Assistência à Saúde no Estado do Pará, ordenada pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDR – Pará – 2008

A infraestrutura da rede de saúde do Estado do Pará é formada por unidades com as mais diversas tipologias. No Estado estão distribuídas unidades de jurisdição federal, unidades de jurisdição estadual, unidades de jurisdição municipal e instituições privadas, conveniadas ao SUS. Vale ressaltar que os serviços de média e alta complexidade são quase que totalmente ofertados pelas instituições privadas, conveniadas, e que a maioria destas encontra-se concentrada na região Metropolitana de Belém (Ver Quadro nº 2).

REGIÃO	F	E	M	P	TOTAL
BAIXO AMAZONAS	0	08	197	35	240
MARAJÓ	0	14	142	06	162
METROPOLITANA BELÉM	02	67	136	132	337
NORDESTE PARAENSE	0	32	392	51	475
SUDOESTE PARAENSE	0	04	100	09	113
SUDESTE PARAENSE	0	21	288	44	353
PARÁ	02	146	1.255	277	1.680

Legenda:

F – Federal

E – Estadual

M – Municipal

P – Privada/SUS

T – Total

Fonte: Secretaria Executiva de Saúde Pública do Pará. Divisão de Apoio à Municipalização, 2008.

Quadro 2: Distribuição da Rede de Saúde do Estado por categoria, segundo a Região na qual está localizada - Pará, 2008

A dependência das demais regiões de saúde do Estado do Pará, em relação à região Metropolitana Belém, para o atendimento das necessidades de saúde de sua população no que se refere aos serviços de média e alta complexidade, reforça a importância em implementar atendimento de qualidade em nível de atenção primária, em caráter individual ou coletivo, visando especialmente à promoção da saúde, porque a concretização do atendimento de maior complexidade está condicionada ao acesso relativo à questão financeira, transporte, entres outros, e à disponibilidade dos grandes municípios em efetivar o atendimento necessário.

Neste contexto, a estratégia Saúde da Família, carro-chefe da Atenção Básica, se mostra um espaço importante para a prevenção e resolução dos problemas de saúde em nível local, desde que cumprido seu papel, visando a uma maior resolubilidade da atenção, em que a enfermeira desenvolva adequadamente sua prática, considerada por Martins, Prado e Reibnitz (2006) uma prática social específica, que tem origem no cuidado ao ser humano, mas que em função dos avanços ocorridos no contexto social incorporou outras características entendidas como cuidado indireto.

CAPÍTULO III

POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

A Educação é o meio pelo qual ocorrem a preparação e a integração plena dos indivíduos para serem sujeitos da vida pública. Possibilita que adquiram a capacidade de se autoconduzir com ética e autonomia no conjunto da vida social de forma independente e participativa, “sendo capaz de estabelecer juízos de valores e assumir responsabilidades por suas escolhas” (REIBNITZ; PRADO, 2006, p. 25).

Tendo essa finalidade, a educação parte do reconhecimento de que qualquer prática educativa não é neutra. Seja em forma de uma Proposta Pedagógica Formal, seja uma Proposta de Educação em Saúde, vale dizer em um projeto de Educação Continuada, as opções pedagógicas refletem a ideologia do contexto em que se inserem, tendo como base a concepção de como se deseja que as pessoas aprendam, para, a partir daí, transformar a realidade, se assim o desejarem (REIBNITZ; PRADO, 2006).

Nesse contexto, para contribuir com as transformações almejadas através dos processos educativos, a enfermagem precisa emancipar-se, mas, para tal, precisa Aprender, o que significa abraçar o desafio de “criar, mudar, refazer, ousar, experimentar, acertar e errar” (REIBNITZ E PRADO, 2006, p. 27).

3.1 A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

O avanço do conhecimento científico de forma vertiginosa representou, para Oguisso (2000), a mola propulsora para que as organizações programassem atualizações permanentes para seus quadros de pessoal. A inadequação dos profissionais de saúde às necessidades qualitativas e quantitativas dos serviços tem sido motivo de debate institucional nas últimas décadas, mas só em anos mais recentes alçou o status de política pública.

Estabelecida de formas diferenciadas, a educação no serviço, segundo Massaroli e Saupe (2005), foi conceituada, em momentos distintos, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), como o

processo permanente que se inicia após a formação básica e tem como intuito atualizar e melhorar a capacidade de pessoas ou grupos, frente à evolução técnico-científica e às necessidades sociais, e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como o processo permanente que inclui as experiências posteriores ao adestramento inicial, que ajudam as pessoas a aprender competências importantes para o seu trabalho. A educação continuada também foi definida, por esta, como algo que englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação, com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações, com atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais.

Segundo as supramencionadas autoras, outras expressões são registradas e entre as mais comuns estão o treinamento em serviço, a educação no trabalho, a educação em serviço, a Educação Continuada e a Educação Permanente, conceitos que foram se apresentando na área da saúde, mantendo significados semelhantes e sendo tratados como sinônimos atribuídos tanto para programas de capacitação de ingresso no trabalho quanto para atualização científica e tecnológica e, ainda, para serviços incluídos nos organogramas oficiais das instituições de saúde.

Ferraz (2005) apontou que durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Recursos Humanos, realizadas em momentos distintos no ano de 1986, foi identificada a necessidade de readequar o processo formativo aos princípios do Movimento da Reforma Sanitária, quais sejam, a integralidade, a universalidade, a hierarquização e a resolutividade das ações de saúde e “esta tarefa demandava a construção de um novo paradigma também na área educacional, requerendo a participação ativa do(a) trabalhador(a) na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), recuperando e valorizando a formação criativa do agente em formação e instaurando um novo patamar de articulação de ensino e serviço que aproximasse os dois mundos” (FERRAZ, 2005, p. 32).

Como resultado da Política de Recursos Humanos, assumida pelos órgãos governamentais, surgiram os Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), que se constitui em um material propositivo de ações e normas estabelecedoras de um maior comprometimento dos gestores federais, estaduais e municipais; a Política de Educação Permanente, alicerçada na necessária responsabilização dos serviços de saúde com a transformação das práticas dos(as) trabalhadores(as); a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde, que objetiva a promoção e articulação entre

formação, gestão, atenção e controle social em saúde; e a estratégia de Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde, atendendo às recomendações da NOB/RH-SUS para a promoção de mudanças nas práticas de saúde, tendo em vista a humanização, a integralidade e o trabalho em equipes matriciais na organização do trabalho em saúde (FERRAZ, 2005).

Neste contexto, Schmidt e Backes (2001) defendem a importância de que a educação permanente no trabalho seja desenvolvida dentro de uma Política Institucional Transformadora, partindo do pressuposto da intercomplementaridade dos serviços e dos trabalhadores em seus mais diferentes níveis de atuação, vislumbrando, através de uma proposta institucionalizada, o compromisso com a retroalimentação das ações, gerando transformações necessárias para atingir a melhor qualidade nos serviços prestados à população.

O conceito de competência processual, que inclui tanto as experiências de nível individual quanto coletivo, parece ter surgido por influência de Paulo Freire, pois é orientado para enriquecer a essência humana e suas subjetividades, e contribui para a ampliação do conceito de Educação Permanente, pois se inclui em qualquer etapa da existência de todos os seres humanos e não somente de trabalhadores. “Neste sentido abrigaria, além da educação em serviço, a compreensão no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação; da organização do trabalho; da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde; e do controle social no setor” (MASSAROLI; SAUPE, 2005, p. 2).

No âmbito da Política de Educação Permanente esta é apresentada como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho, enfrentando, em sua concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em um eixo transformador, em uma estratégia mobilizadora de recursos e poderes e em recurso estruturante do fortalecimento do SUS (BRASIL, 2004).

Na mesma linha de pensamento, Lentz e Erdmann (2003) compreendem a educação permanente como um processo ininterrupto de transformação do ser humano na arte e na ciência, individual ou grupal, dialógico, numa constante jornada, continuamente aperfeiçoada, que possibilita a articulação da capacidade de agir intelectualmente e pensar produtivamente, de estabelecer vínculos entre trabalho e educação, para a contextualização cada vez maior do conhecimento.

A influência freireana aparece claramente no processo de educação permanente, quando parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar os problemas identificados, como um método inovador de educação na saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população.

Nessa perspectiva, Massaroli e Saupe (2005, p. 3) consideram que o prioritário na Educação Permanente em Saúde é sua capacidade de se remodelar frente às incessáveis mudanças ocorridas nas ações e nos serviços de saúde, tendo uma íntima ligação com a política de formação dos profissionais e dos serviços.

3.2 O PROCESSO EDUCATIVO NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A educação em saúde, historicamente, foi desenvolvida a partir de discursos higienistas que objetivavam intervenções autoritárias e normalizadoras junto à população (ALVES, 2005). Esta característica é entendida por Costa (1993) como consequência da vinculação dessa prática a ações governamentais e da relação de poder existente entre as classes sociais, em que o Estado exercia o papel de civilizador, normalizador e moralizador das massas populacionais, a fim de assegurar as forças produtivas. Com o advento da Enfermagem Profissional, na década de 20, e com o Movimento Sanitário - que tinha a educação sanitária como instrumento das práticas médico-sanitárias - este passa a dar uma conotação mais educativa àquela ação, apesar de a atuação das enfermeiras estar imbricada aos ideais de normatização (RIZZOTTO, 1999).

Atualmente, como resultado das mudanças ocorridas e identificadas nos discursos oficiais das últimas décadas, a educação em saúde está vinculada às ideias de reflexão crítica sobre a realidade; apoderamento comunitário e transformação do *status quo*, na perspectiva de criação e ampliação das condições de vida saudáveis. “Assim é a educação que se deseja implementar, objetiva, [...], não mais a manutenção de elementos ideológicos, mas a formação crítica-cidadã das pessoas, de modo que estas se tornem aptas a intervir de forma autônoma na realidade social” (SILVA et al, 2009, p. 2).

Considerando as perspectivas da educação em saúde supramencionadas, é indiscutível o papel do cenário - aqui pensada, a

Atenção Básica - em virtude de duas características deste nível de atenção, que são a maior proximidade com a população e a ênfase às ações de prevenção de agravos e promoção da saúde. Entretanto o diferencial se dá na forma de abordagem – aqui pensada a práxis, – como atividade social, transformadora, para o alcance dos objetivos que se busca atingir, pois, como referem Silva et al (1992), o processo educativo é práxis que deve enfocar as necessidades práticas, mas implica um certo grau de conhecimento da realidade que deseja transformar ou das necessidades que deseja satisfazer.

Outro fator fundamental a ser considerado para a efetiva educação em saúde é a capacitação dos profissionais, que aqui não deve ser entendida como a simples aquisição de instrumentos e técnicas rígidas, a serem utilizadas, de forma generalizada, nas ações educativas. Neste contexto, Bizzo (2002) ressalta que cada situação requer a invenção de um modelo de ensino e que, portanto, mais do que a aquisição do saber fazer rígido, se faz necessária a reflexão crítica do profissional acerca de sua prática educativa cotidiana, objetivando torná-la aplicável ao contexto dinâmico em que está inserido.

Embasados em Freire (1980), Marx e Engels (1998) e Campos (2000), Silva et al (2009) acreditam na capacidade humana de afastamento do mundo, apesar de pertencer a ele, de estranhá-lo e modificá-lo. Dessa forma, veem a capacidade crítico-reflexiva que o homem tem de olhar sua realidade imediata e, mesmo sendo produzida por ele, ter o poder de transformá-la.

A reflexão sobre a força que representa a educação em saúde, desde que aplicada adequadamente, no que se refere a sua capacidade de mobilização e mudança de um contexto adverso, me reporta a Freire (2006), quando, explicitando sua pedagogia do oprimido, refere que “tem de ser forjada com ele e não para ele, enquanto homens ou povos, na luta incessante de recuperação de sua humanidade. [...] que faça da opressão e de suas causas objeto de reflexão, [...], de que resultará o seu engajamento necessário na luta por uma libertação” (FREIRE, 2006, p. 32).

Assim, esse movimento denominado de educação em saúde tem a capacidade de gerar transformações, desencadeando a consciência crítica e a participação efetiva da comunidade, na medida em que seja estruturado e concebido pelos profissionais do serviço como práxis educativa libertadora. Nesse contexto, Alves (2005) destaca a relevância de refletir criticamente sobre os processos de trabalho em saúde, visando

à produção de novos conhecimentos e o desenvolvimento de novas práticas de saúde.

3.3 AS TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS E A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Educação envolve os processos de ensinar e aprender. É um fenômeno que se perpetua ao longo dos anos em qualquer sociedade ou nos grupos que a compõem, sendo responsável pela transposição às gerações dos modos de ser e agir, necessários ao convívio e ao ajustamento do homem à sociedade. Apesar de sua relevância, o vocábulo educar é cercado de muitas controvérsias, explicadas por Nietzsche (1998) pelo fato de que todas as práticas pedagógicas refletem, implícita ou explicitamente, teorias ou tendências pedagógicas vinculadas a um determinado fundamento ideológico.

Quando considerada como processo de socialização, exercida em diversos espaços de convívio social, objetivando adequar o indivíduo à sociedade, a educação é a assimilação de hábitos característicos de seu grupo social que ajuda o homem a tornar-se membro funcional de uma comunidade. Quando é prática educativa formal, se dá de forma intencional e com objetivos determinados, ocorrendo nos espaços escolarizados, legitimados para exercê-la (LIBÂNEO, 2005).

Nesse contexto de ato educativo multifacetado, complexo e relacional, Libâneo (2005, p. 5) diz que se educa, ao mesmo tempo, para “a subjetivação e a socialização, para a autonomia e para a integração social, para as necessidades sociais e necessidades individuais, para a reprodução e para a apropriação ativa de saberes, para o universal e para o particular, para a inserção nas normas sociais e culturais e para a crítica e produção de estratégias inovadoras”.

Refletindo sobre as teorias pedagógicas denominadas modernas, Libâneo (2005) diz que foram gestadas a partir da ideia de uma formação geral para todos, em plena modernidade, tornando-se fortalecidas com o movimento iluminista do século XVIII, como condição de emancipação e esclarecimento para todos os homens. “São também teorias fincadas nas idéias de natureza humana universal, de autonomia do sujeito, de educabilidade humana, de emancipação humana pela razão, de libertação da ignorância e do obscurantismo pelo saber” (LIBÂNEO, 2005, p. 6).

Na atualidade, essas teorias são vistas em várias versões, variando de abordagens de acordo com os seus temas básicos, quais

sejam: a natureza do ato educativo, a relação entre sociedade e educação, os objetivos e conteúdos da formação, as formas institucionalizadas de ensino e a relação educativa. Libâneo (2005) considera como teorias modernas a pedagogia tradicional, a pedagogia renovadora, o tecnicismo educacional e todas as pedagogias críticas inspiradas na tradição moderna, como a pedagogia libertária, a libertadora e a crítico-social.

A pedagogia tradicional foi consolidada no Brasil durante o período imperial e nas primeiras décadas da república. Nela, o ensino tradicional foi centrado no intelecto, na transmissão de conteúdo e na pessoa do professor. Ghiraldelli (2007) a denomina de pedagogia da essência, em função de suas raízes estarem fundadas na filosofia essencialista.

A mesma concepção é compartilhada por Corrêa (1990, p. 31), que descreve como “princípios básicos do essencialismo: a aprendizagem, como resultado de aplicação e trabalho árduo; a iniciativa da educação, como papel do professor e não do aluno; a absorção de matérias prescritas, como núcleo da educação; e a conservação de métodos de disciplina mental por parte da escola”.

Refere que na pedagogia tradicional a escola é o contexto onde o homem, como receptor passivo, terá contato com temas úteis a ele e, por sua vez, poderá repassá-los aos outros, num processo de acumulação de conhecimentos, que começa no início da vida, quando ainda é uma tábua rasa, prolongando-se até a fase adulta, passando a ser considerado como um homem acabado, pronto, que servirá de modelo aos outros que ainda se encontram “aprendendo”.

No sentido da formação humana, Libâneo (2005) vê, como característica da escola tradicional, a valorização do ensino humanístico tradicional, de cultura geral, em que o aluno é educado para atingir, pelo próprio esforço, sua realização como pessoa, através de regras impostas, com o cultivo exclusivo do intelectual. A prática educativa se dá ao largo do cotidiano do educando e das realidades sociais.

Na mesma linha de pensamento, Ghiraldelli (2007) considera que na pedagogia tradicional a escola é o ambiente de preparação para a vida, onde é recebida a educação intelectual e o preparo moral, através de normas e disciplinas rígidas, privilégio das camadas mais favorecidas da sociedade.

Como características da escola tradicional, o supramencionado autor considera: o professor como modelo, transmissor do conhecimento

e da cultura; o aluno como um Ser receptor, passivo, devendo assimilar os conteúdos transmitidos, sendo considerado “educado” e “disciplinado” quando dominar o conteúdo cultural transmitido pela escola; o relacionamento professor-aluno vertical, com predomínio da autoridade do professor; a comunicação unilateral e a disciplina, imposta, são os recursos adequados para garantir a atenção e o silêncio; o conteúdo programático das disciplinas leva em consideração a quantidade e não a experiência e o interesse do aluno, não tendo relação com as realidades sociais; os objetivos educacionais obedecem à sequência lógica dos conteúdos, baseados em documentos legais; os procedimentos de ensino são baseados na exposição oral e em demonstrações, sempre centrados no professor, trabalhando exercícios de repetição e memorização de conteúdos, visando disciplinar a mente e formar hábitos; e o processo avaliativo visa à exatidão da reprodução do conteúdo comunicado em sala de aula, sendo processado pela mensuração quantitativa e exatidão das informações reproduzidas pelo aluno.

Quanto às teorias críticas, tiveram sua origem na década de 1970 e entre os estudiosos das teorias da educação que contribuíram com este processo estão os citados por Libâneo (2005), em nível internacional, Guy Palmade, Robert Clausse, Jesus Palácios, Georges Snyders, Bogdan Suchodolski, Renée Gilbert, Bernard Charlot, e em âmbito nacional há os trabalhos de Paulo Freire, Dermeval Saviani, Maria das Graças Misukami, Moacir Gadotti, entre outros, que têm como princípio a educação voltada para os interesses da maioria, almejando sua emancipação por meio da transformação social.

As teorias críticas pressupõem princípios que são sintetizados por Nietzsche (1998, p.138) dessa forma:

a educação não é um ato isolado e neutro, mas sim um ato social e político; a concepção crítica coloca o homem no centro do universo e este estabelece relações de reciprocidade – o homem é um ser concreto, sujeito de sua história e da educação, situado no tempo e espaço e inserido num contexto sócio-econômico-cultural e político; a educação deve estar voltada para a realidade concreta do indivíduo; os conteúdos são vistos de forma viva, significativa, inacabada, não atomizados, totalmente vinculados à realidade social; o mundo social e o mundo educacional são considerados em sua totalidade; o homem cria a cultura na medida em que, integrando-se nas condições de seu contexto de vida, reflete sobre ela e dá resposta aos desafios que encontra; e a sociedade é vista como uma luta de classes cheia de contradições.

A Pedagogia Libertadora, que se constitui numa proposta de educação crítica, tem como inspirador e divulgador o brasileiro Paulo Freire. Preocupa-se com a valorização do processo de transformação do ser humano, como agente transformador de sua realidade e conceitua a educação como “uma atividade onde professores e alunos, mediados²⁰ pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo de aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa mesma realidade a fim de nela atuarem num sentido de transformação social” (NIETZSCHE, 1998, p. 141).

Nessa proposta pedagógica, a supracitada autora refere que a educação possui um caráter amplo, não se restringindo ao aspecto formal, sendo considerada como uma prática social que tem a finalidade de contribuir para a libertação das classes oprimidas.

Nela, o professor é um facilitador que, por princípio, se nivela aos alunos, adaptando-se às suas características e ao desenvolvimento próprio de cada grupo, deve caminhar junto, intervir o mínimo indispensável, quando necessário, para fornecer uma informação mais sistematizada. O aluno é considerado uma pessoa concreta, objetiva, que determina e é determinado pelos aspectos social, político, econômico e individual.

A relação professor-aluno é horizontal e, no ato de dialogar, educador e educando se posicionam como sujeitos de troca de conhecimentos. Os conteúdos programáticos, chamados de temas geradores, são extraídos da problematização da prática de vida dos educandos e devem emergir do saber destes. O aprendido não decorre de uma imposição ou memorização, mas do nível crítico do conhecimento e do processo de compreensão, reflexão e crítica. Nesta proposta educacional, a avaliação tem como finalidade a formação de uma consciência crítica e o comprometimento que o educando passa a ter com a prática social.

Na concepção libertadora, Freire (1993, p. 78) coloca a dialogicidade, de caráter autenticamente reflexivo, crítico, na qual a pessoa se percebe como responsável por sua realidade, como fator fundamental quando afirma que “o diálogo é aquele encontro em que se solidarizam o refletir e o agir dos sujeitos como uma exigência existencial; assim, a palavra nutre-se de amor, porque é um ato de coragem e valentia, sendo o compromisso com os homens, com sua

²⁰ Ocasionalada.

causa de libertação”.

Na mesma concepção, Freire (1993a, p. 38) menciona que a neutralidade na educação é impossível e que todo educador deve reconhecer e assumir sua politicidade. Ressalta que uma das belezas da “prática educativa está exatamente no reconhecimento e na assunção de sua politicidade que nos leva a viver o respeito real aos educandos ao não tratar, de forma sub-reptícia ou de forma grosseira, de impor-lhes nossos pontos de vista”.

Nesse contexto de profundas mudanças nos paradigmas da educação, encontra-se a formação da Enfermagem que, como prática social historicamente determinada, acontece em uma sociedade concreta e tem o ser humano, a família e a comunidade como sujeitos da produção, difusão e aplicação de conhecimento e do exercício profissional.

A Enfermagem é uma ciência humana de pessoas e de experiências humanas de saúde–doença, que são mediadas por relações profissionais, pessoais, científicas, estéticas e éticas, de cuidado humano. A meta é o cuidado e o auxílio às pessoas a obter o mais alto grau de harmonia entre a mente, o corpo e a alma. O cuidado produz um autoconhecimento, um autorrespeito, uma autoprocure e, consequentemente, processos de autocuidado (WATSON, 1988).

Sua atuação envolve a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde individual e coletiva em todo o ciclo vital. A enfermeira integra a força de trabalho em saúde, e o processo de trabalho em enfermagem compreende ações assistenciais, administrativas, educativas e de pesquisa, nos diferentes serviços de saúde.

Na educação em enfermagem a construção de um processo de formação articulado com o mundo do trabalho, rompendo com a separação entre teoria e prática, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem e proporcionando aprendizagem significativa, data do início da década de 80, quando começaram as discussões e a construção de um projeto político para a profissão, conduzido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) (CHIRELLI; MISHIMA, 2003).

O advento do Parecer nº 314/94 e da Portaria MEC nº 1.721/94, que tratam do currículo mínimo para os cursos de graduação em enfermagem em nível nacional, recomendando o estudo voltado para a semiologia e semiotécnica da enfermagem, oportunizou a elaboração de currículos em que o aluno seria iniciado em disciplinas da área de humanas, juntamente com disciplinas específicas da enfermagem.

Vale registrar que a implantação e a implementação desses

currículos, que tiveram como matriz a Portaria MEC nº 1.721/94, oportunizaram o contato precoce do aluno com a comunidade, contribuindo para que os discentes pudessem identificar as variáveis e os fatores que interferem no processo saúde-doença, exigindo que o aluno substituisse situações pontuais por problemas focais.

O processo de discussão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) se iniciou com a publicação do Edital nº 4/97, o qual convocava as IES à apresentação de suas propostas que, depois de sistematizadas pelas Comissões de Especialistas de Ensino (CEE) de cada área, seriam encaminhadas ao Conselho Nacional de Educação (CNE). Assim, a discussão mobilizou uma ampla parcela da comunidade com o objetivo de conferir legitimidade ao processo (BRASIL, 2004b).

A partir de dezembro de 1998, as primeiras propostas sistematizadas foram divulgadas na Internet com a finalidade de suscitar sugestões e críticas ao documento inicial. Além do debate eletrônico, as áreas promoveram encontros e seminários em todo o país para a consolidação das propostas (BRASIL, 2004b).

Uma das metas das DCN é conferir maior autonomia às IES na definição dos currículos de seus cursos. Para isso, explicitam as competências e habilidades que devem ser desenvolvidas por meio de um modelo pedagógico capaz de adaptar-se à dinâmica das demandas sociais, no qual a graduação constitui etapa inicial de formação no processo de educação permanente (SANTANA et al, 2009, p. 2)

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, instituídas pela Resolução CES/CNE nº 3, de 07 de novembro de 2001, os novos currículos pedagógicos devem estar fundamentados na necessidade de formar profissionais aptos a aprender a aprender e comprometidos com o enfrentamento dos graves problemas da nossa sociedade, centrados no aluno, articulados entre teoria e prática, tendo a saúde como condição de vida e considerando a interpenetração e a transversalidade.

Determinam, ainda, que os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos

(teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de enfermagem;

II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - Ciências da Enfermagem - neste tópico de estudo, incluem-se:

Fundamentos de Enfermagem: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho da enfermeira e da enfermagem em nível individual e coletivo;

Assistência de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes socioculturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem;

Administração de Enfermagem: os conteúdos teóricos e práticos da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; e

Ensino de Enfermagem: os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica da enfermeira.

Outros aspectos importantes no processo de formação da enfermeira são as transformações da profissão, os avanços científicos e tecnológicos, as demandas do mercado de trabalho e, principalmente, as necessidades de saúde dos grupos populacionais em todo ciclo vital, considerando os perfis demográfico, socioeconômico e epidemiológico, estadual, regional e nacional.

A implementação dos aspectos supramencionados na formação profissional determina a possibilidade de mudanças, tendo como perspectiva a formação de profissionais críticos, reflexivos, compromissados com seu papel social, sendo sujeitos ativos no seu próprio percurso de vida e de trabalho, contribuindo para a construção de um sistema de saúde pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). (SANTANA ET AL, 2005).

Como reflexo positivo dessa mudança, Felipe (apud Haddad et al,

2006 p.17) refere que

A aproximação entre a Universidade e a realidade dos serviços aprimorará a qualidade dos serviços prestados. Fará com que a produção acadêmica nas áreas de ensino, pesquisas e serviços, constantemente espelhada na pressão das demandas do mundo real, possa se tornar mais relevante à sociedade. A verdadeira autonomia deve sim tornar a academia menos vulnerável a pressões de caráter mais imediatistas, mas deve conectá-la, cada dia mais firmemente, às necessidades da sociedade.

Em relação aos ganhos à produção de conhecimento e à formação profissional, Moya e Parra (2006, p. 305) dizem [...], conocemos mucho mejor hoy el proceso mediante el cual se genera y produce el conocimiento profesional que habilita para um ejercicio competente de la enfermería: la reflexión sobre la propia práctica.

O Fórum Nacional de Pró-Reitores das Universidades Brasileiras enfatiza no Plano Nacional de Graduação²¹ que a sociedade atual, globalizada, tem priorizado a dimensão tecno-lógica do conhecimento, em consonância com as relações de mercado, onde se destaca o aspecto econômico de competição entre qualidade e lucro. Destaca que esta ERA, de profundas e rápidas transformações, impõe informação, comunicação, novas formas de pensar e agir.

Portanto, para o exercício da Enfermagem, assim como de qualquer outra profissão, faz-se necessário lançar mão de processos de formação que possibilitem aos egressos a capacidade de investigação e de entender como se produz o saber (aprender a aprender), criando condições para uma educação permanente, centrada em para que e para quem, permitindo a utilização de capacidade crítica e de construção do conhecimento, sendo que essa capacidade deve ser posta a serviço dos interesses maiores da sociedade.

Conforme recomendam Reibnitz e Prado (2006), é necessário considerar a liberdade que as escolas têm na organização de seus currículos, conforme as especificidades de suas regiões, e promover debates junto ao corpo docente, discente, enfermeiras assistenciais, entidades de classe e comunidade, a fim de definir os aspectos necessários ao desenvolvimento curricular de cada curso.

Assim, cabe a cada curso/escola a responsabilidade de

²¹ Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/pne.pdf>>. Acesso em: 17 ago 2009.

definir, baseado no perfil e competências do profissional, suas opções para a formação de um profissional crítico-criativo, consciente de sua cidadania. A responsabilidade de construir o currículo baseado em competência para a formação da enfermeira é um desafio necessariamente compartilhado, o que implica um processo participativo e mobilizador, no qual todos os atores envolvidos possam se expressar (REIBNITZ; PRADO, 2006, p. 203).

CAPÍTULO IV

SUPORTE TEÓRICO-FILOSÓFICO DA PESQUISA

Na composição do suporte teórico-filosófico desta tese, faço algumas considerações sobre Adolfo Sánchez Vázquez e sua obra; sobre o significado da práxis; a consciência comum da práxis; da consciência comum à consciência filosófica da práxis; um esboço histórico da consciência filosófica da práxis; fontes filosóficas fundamentais da concepção moderna da práxis; o significado da categoria práxis em Sánchez Vázquez; e a práxis e seus níveis. Sobre Paulo Freire, faço considerações relativas a sua biografia e sobre a educação libertadora. Faço, também, uma abordagem da Enfermagem como forma específica de práxis para uma ação educativa libertadora. Busquei suporte teórico nos dois autores, pois ambos acreditavam que o contexto teórico verdadeiro só se estabelece através do compromisso do pensamento com a prática.

4.1 SOBRE ADOLFO SÁNCHEZ VÁZQUEZ E SUA OBRA

Adolfo Sánchez Vázquez²², filósofo, estudioso da filosofia contemporânea, nasceu em 1915, na cidade de Algeciras, Estado de Cádiz, na Espanha. Iniciou seus estudos de Filosofia e Letras na Universidade Central de Madri. Com a Guerra Civil Espanhola, entre os anos de 1936 e 1939, interrompendo seus estudos, alistou-se aos vinte anos de idade como combatente nas fileiras republicanas e ao terminar a guerra foi para a França, de onde pôde partir para o exílio no México em 1939, onde estudou na Universidade Nacional Autônoma do México. No final da década de quarenta concluiu a licenciatura em Língua e Literatura Espanhola e em 1955 concluiu o Mestrado com a obra “Consciência e realidade na obra de arte”. No ano de 1966 defendeu sua tese de doutorado “sobre a práxis”, que um ano depois originou a obra

²² As informações dessa apresentação do autor foram baseadas em VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. *Filosofia e Circunstâncias*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2002. Introdução de Javier Muguerza; em MARTINS, P.P.S. *Atendimento pré-hospitalar: atribuição e responsabilidade de quem? uma reflexão crítica a partir do serviço do Corpo de Bombeiros à luz da filosofia da práxis*. 2004. Of. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina e em entrevista cedida a Teresa Rodríguez de Lecea do Instituto de Filosofia de Madrid. Disponível em: <http://pensamientofilosoficoenmexico.wordpress.com/2008/11/15/una-entrevista-a-adolfo-sanchez-vazquez/> Acesso em: 30 ago 2009.

“Filosofia da Práxis”.

A prática da docência em filosofia, exercida logo em seus primeiros anos no México, o fez aprofundar-se nesta área e, com sua militância política em um ambiente em que predominava o marxismo influenciado pelo “socialismo real” do leste europeu, sentiu-se impulsionado a repensar filosoficamente esta realidade. Nesse contexto, Vázquez se interessou de imediato pelo Marxismo, por um marxismo aberto, inovador, crítico e não dogmático, levando muito a sério o lema de Marx “deve-se duvidar de tudo”, que lhe permitia pensar de forma crítica, um pensamento eminentemente autocrítico, afirmando que a crítica deve começar por si mesmo (MUGUERZA, 2002).

Com o pensamento antagônico ao “socialismo real” do leste europeu, Vázquez desenvolveu um pensamento adaptado no denominado “marxismo como moral” que, baseado no “imperativo categórico” de Marx, derruba todas as situações em que o homem aparece como um ser humilhado, escravizado, abandonado e convertido em algo depreciável.

A trajetória de Vázquez foi permeada pela preocupação essencial de “fazer da filosofia, sem prejuízo do rigor necessário, um saber vital..., que entremeia-se com a própria vida, visto que, nela e por ela, coloca-se a serviço de um projeto de transformação do mundo – como o atual, que por ser injusto, não podemos nem devemos aceitar” (VÁZQUES, 2002, p. 10).

No conjunto de sua obra, Vázquez expressa um pensamento que aponta para três direções fundamentais: a) a estética e a teoria da arte; b) o marxismo como filosofia da práxis; e c) a filosofia moral e política, ou crítica de certa prática que se desenvolveu em nome do marxismo (VÁZQUEZ, 2002, p. 204).

Analisando as três direções expressas no pensamento de Vázquez, Cuervas (2005) refere que, na primeira, ao defender a ideia de que a arte é a versão mais depurada da práxis humana, Vázquez mostra em sua pureza o caráter criativo dessa práxis; na segunda, o marxismo como a filosofia da práxis, Vázquez diz que Marx inter-relaciona, de forma dialética, um discurso crítico que implica economia, filosofia e política e indica as forças portadoras de uma concepção para a realização de uma nova sociedade, já que a filosofia até Hegel tinha sido compreendida como uma interpretação do mundo que não se preocupava com a transformação da realidade; na terceira, no campo da filosofia moral e política, Vázquez analisa Maquiavel, Kant, Weber, Habermas e coloca, de manifesto, a importância da liberdade e da autonomia individual e social, reivindica o valor de um socialismo

democrático e a necessidade de racionalizar fins e meios, em que faz crítica de certa prática política, a qual se desenvolveu em nome do marxismo.

Dentre as obras de Vázquez valem ser citadas: a colaboração na seção literária do Jornal Comunista Espanhol Mundo Obreiro; a edição de dois periódicos político-literários; sua participação, como editor, na revista Outubro; a direção do diário Agora e das revistas Acero, Romance e Espanha Peregrina; o livro de poesias O Pulso Ardendo; os livros Las ideas estéticas de Marx; Filosofía de la praxis; Ética; Rousseau en México (La filosofía de Rousseau y la ideología de la independencia); Estética y marxismo; Antología. Textos de estética y teoría del arte; Del socialismo científico al socialismo utópico; Ensaíos Marxistas sobre História e Política; Ciência e Revolução - O Marxismo De Althusser; Cuestiones Esteticas Y Artisticas Contemporânea; Convite a Estética; Filosofia e Circunstancias; Entre La Realidad Y La Utopia; A Tiempo Y Destiempo - Antologia De Ensayos.

Para Cuevas (2005, p.13), “Vázquez é um dos filósofos mais importantes do século XX em nível universal”. Afirmo o autor que o pensamento humanista, seu fazer político, a compreensão crítica da sociedade capitalista contemporânea, suas expressões artísticas e morais, espírito crítico e compromisso ético, o têm convertido num construtor de utopias em favor do socialismo humanista e democrático.

4.1.1 Sobre o Significado da Práxis

O vocábulo práxis, segundo Vázquez (1990), deriva do termo *πρᾶξις* e teve sua origem na Grécia Antiga, para designar a ação propriamente dita, entretanto uma ação que tinha fim em si mesma, que não produzia um objeto alheio ao agente da ação. Para a ação que produzia algo que chegava a existir fora de seu agente, os gregos denominavam ação poética ou *poiésis*, que no grego antigo era *ποίησις*, que significava um tipo de ação que criava um objeto exterior ao sujeito, ou seja, “ato de produzir ou fabricar algo, sendo seu caráter meramente prático-utilitário” (VÁSQUEZ, 1990, p. 4).

Durante séculos os filósofos “desconheceram” a práxis, não contribuindo para colocá-la na dimensão humana. Essa atitude tinha raízes sociais e raízes na teoria do conhecimento, que os impediam de ver seu verdadeiro significado. A filosofia grega ignorou o mundo prático por perceber nele somente o caráter prático utilitário (VÁSQUEZ, 1990).

A percepção da práxis exclusivamente no mundo teórico teve sua marcante expressão filosófica com Platão e Aristóteles (Vázquez, 1990).

Para Platão, viver significava contemplar e para se alcançar a vida plena era necessário libertar-se de tudo o que no mundo empírico representava obstáculo à contemplação das ideias perfeitas, imutáveis e eternas. Platão referia que o obstáculo vinha da sujeição do homem aos afazeres práticos.

Aristóteles também reconheceu a superioridade do teórico sobre o prático. A vida teórica é a mais humana, a mais verdadeira e virtuosa, pois nela o homem tem como objetivo “o que é ótimo por si mesmo” (METAFÍSICA, 1072 b., 2009).

Os pensadores supramencionados admitiram a existência de uma práxis denominada práxis política, em que o pensamento e ação deveriam manter-se em unidade, mas essa unidade teria a primazia da teoria, na qual a prática serviria apenas de veículo de exteriorização do pensamento, que deixaria de ser um saber puro, para cumprir uma função social e política.

“Admitem que a teoria possa ser prática, e reconhecem assim uma práxis política, mas sempre que essa seja a aplicação dos princípios absolutos traçados pela teoria”. (VÁZQUEZ, 1990 p.19). Vale ressaltar que na Antiguidade Grega levantaram-se vozes contrárias à concepção de Platão e Aristóteles a respeito do trabalho produtivo.

Com o advento do Renascimento a consciência da Filosofia da Práxis passa por mudanças radicais. Nela, o homem deixa de ser um simples animal teórico para ser um sujeito ativo. A dignidade humana passa a ser medida, também, pela razão, ação e vontade. A razão permite-lhe compreender a natureza; sua vontade – iluminada pela razão – permite dominar e modificar a natureza (VÁZQUEZ, 1990).

No século XVIII, os enciclopedistas exaltam o domínio do homem sobre a natureza, graças ao trabalho e à técnica. Nesse período, o homem se afirma através dos caminhos teórico e prático, que se unem na técnica.

Vázquez (1990), baseado no pensamento de Lênin, afirma que a filosofia clássica alemã, o socialismo francês e a economia política inglesa constituem as três fontes do marxismo e foi neste que a práxis apresentou-se em sua consciência mais elevada, havendo uma vinculação mais profunda com a práxis real. Considera que a práxis é a categoria central do marxismo, no qual esta é concebida como o guia de transformação do mundo, deixando de lado a consciência idealista, imediatista e ingênua da consciência comum. Na mesma linha de Vázquez (1990), estão as concepções de autores como Gadotti (1991),

Silva et al (1992) e Freire (1976) em relação ao significado da práxis.

Gadotti (1991, p.155) concebe a práxis como “a união que se deve estabelecer entre o que se faz prática e o que se pensa acerca do que se faz teoria” Silva et al (1992, p. 56), em uma perspectiva dialética e tendo como base o processo educativo em saúde como um dos processos de trabalho da enfermagem, definem a práxis como “a atividade prática social, transformadora, que corresponde às necessidades práticas e implica certo grau de conhecimento da realidade que transforma e das necessidades que satisfaz”. Neste sentido, estas autoras referem que a finalidade que impulsiona e direciona a prática deve ser elaborada antecipadamente, de forma consciente, na busca do alcance de um produto através da ação transformadora.

Para Silva et al (1992, p. 57), a práxis humana se situa de forma simultânea na esfera da consciência-subjetivo e da ação-objetivo. Na primeira, a práxis requer:

a) conhecimento do objeto a ser transformado; b) mediação das finalidades projetadas; c) conhecimento dos meios e instrumentos que podem ser utilizados na transformação; e d) conhecimento das condições que abrem ou fecham as possibilidades dessa realização”. Na segunda, a práxis “a) parte de um objeto real (natureza, sociedade ou os homens reais) e tem como produto um objeto transformado; b) se concretiza por meio de um trabalho humano, utilizando instrumentos de trabalho; e c) é criadora, pois com ela o homem constrói a si e a realidade, num processo de transformação.

Freire (1976) refere que um contexto teórico verdadeiro só é estabelecido através do compromisso do pensamento com a prática e torna-se enfático, em relação à necessidade de se pensar sempre a prática como uma forma eficaz de aprender a pensar certo, quando expressa que “não há contexto teórico verdadeiro a não ser em unidade dialética com o contexto concreto. Neste [...], onde os fatos se dão, nos encontramos envolvidos pelo real, [...], mas não necessariamente percebendo a razão de ser dos mesmos fatos, de forma crítica. No contexto teórico, tomando distância do concreto, buscamos a razão de ser dos fatos. [...], procuramos superar a mera opinião que deles temos [...] por um conhecimento [...], cada vez mais científico em torno deles. No contexto concreto somos sujeitos e objetos em relação dialética com o objeto, no contexto teórico assumimos o papel de sujeitos

cognoscentes da relação sujeito-objeto que se dá no contexto concreto para, voltando a este, melhor atuar como sujeitos em relação ao objeto [...]. Daí a necessidade que temos, [...], de ir mais além da mera captação da presença dos fatos, buscando [...] a interdependência que há entre eles, [...] também, [...], o que há entre as parcialidades constitutivas da totalidade de cada um e, [...] a necessidade de estabelecermos uma vigilância constante sobre nossa própria atividade pensante” (FREIRE, 1976, p. 62).

Reforçando sua concepção do significado da práxis e mais uma vez usando como parâmetro o pensamento de Marx, Vázquez (1990, p.149) ressalta que

Marx formula em suas Teses sobre Feuerbach uma concepção de objetividade, fundamentada na práxis, e define a sua filosofia como a filosofia de transformação do mundo. Ambos os momentos, ... , aparecem estreitamente vinculados entre si, pois se a práxis é elevada à condição de fundamento de toda relação humana, ou seja, se a relação sujeito-objeto é básica e original, a relação sujeito-objeto no plano do conhecimento tem que inserir-se no próprio horizonte da prática... Isto é, ao colocar no centro de toda relação humana as atividades práticas, transformadoras do mundo, isso não pode deixar de ter conseqüências profundas no terreno do conhecimento.

4.1.1.1 A consciência comum da Práxis

A obra “Filosofia da Práxis”, apresentada por Vázquez um ano depois de sua tese de doutorado “Sobre a práxis”, em 1967, é uma das concepções mais originais que surgiram no México no século XX e tem dimensão universal (MUGUERZA, 2002). Tem como pretensão elevar a consciência da prática, defendendo a tese de que a categoria práxis é: “atividade material do homem que transforma o mundo natural e social para fazer dele um mundo humano” (VÁZQUEZ, 1990, p.3).

Vázquez (1990) utiliza o vocábulo práxis para designar a atividade prática no sentido amplo, a atividade humana que produz objeto, sem representar, entretanto, a atividade puramente utilitária, aquela prática que se insere no vocabulário comum.

Justifica sua posição, referindo que, apesar de se dispor dos vocábulos prática e práxis e de este só ter aceitação no vocabulário filosófico, mesmo sem afastar completamente o vocábulo dominante na linguagem comum, prefere utilizar práxis com o objetivo de livrar o conceito de prática do significado predominante em seu uso cotidiano

“que é o que corresponde,..., ao de atividade prática humana no sentido estritamente utilitário e pejorativo de expressões como as seguintes: “homem prático”, “resultados práticos”, “profissão muito prática”, etc.” (VÁZQUEZ, 1990, p. 4).

A utilização da palavra práxis na concepção de Vázquez (1990), que não substitui a palavra prática, é dar o exato entendimento que se deve ter de ser humano, de atividade humana, de sociedade, é expor o verdadeiro sentido marxista da práxis e de suas formas específicas. Para isso, há de livrar a atividade humana do caráter estritamente utilitário, que se infere do significado do “prático” na linguagem comum; superar a prática humana, restrita à sua dimensão prático-utilitária, que visa unicamente à satisfação das necessidades práticas imediatas do cotidiano; ou seja, superar a consciência comum da práxis e passar à consciência filosófica aonde se encontra o nível criador.

Justificando a importância do marxismo para o avanço da práxis, Vázquez (1990) refere que, para concebê-la não como mera atividade da consciência, mas sim como atividade material do homem social, é necessário passar por sua concepção idealista, entretanto, para superar esta, não bastava o senso comum, mas sim outra teoria filosófica, que por seu caráter materialista e científico eleva-se mais que o idealismo sobre a consciência comum, discernindo a realidade, mostrando teoricamente o que é a práxis, dando condições para ser possível a passagem da teoria para a prática, mas assegurando a perfeita unidade entre as duas.

Apesar de afirmar que “a essência não se manifesta de maneira direta e imediata através de sua aparência, e que a prática cotidiana – longe de mostrá-la de modo transparente – o que faz é ocultá-la”, Vázquez (1990, p. 7) reconhece que a atitude cotidiana do homem coexiste com a atitude filosófica, que não é percebida pelo fato de o homem ver a atividade prática como um simples dado que não exige explicação, acreditando estar numa relação direta e imediata com o mundo dos atos e objetos práticos. Sua consciência tem a visão de que vive num mundo absolutamente a-teórico.

O autor afirma que o homem é um ser social e histórico e que, em função disso, nunca enfrenta um fato puro e está sempre integrado em uma determinada perspectiva ideológica. Afirma que a consciência comum da práxis não está descarregada de bagagem teórica, ainda que nesta bagagem as teorias se encontrem degradadas. Para o autor,

o homem comum e corrente é um ser social e histórico; ou seja, encontra-se imbricado numa rede de relações sociais e

enraizado num determinado terreno histórico... Sua consciência nutre-se igualmente de aquisições de toda espécie: idéias, valores, juízos e preconceitos etc. (VÁZQUEZ, 1990, p. 9)

Considerando que o homem, por sua consciência comum e corrente, tende a desvalorizar a atividade prática, criadora, transformadora do mundo natural e social, julgando-se incapaz de transformar a realidade, a constatação de Vázquez (1990) é extremamente relevante, na medida em que reforça a necessidade de o homem afastar-se dessa consciência comum para que possa transformar criadoramente sua realidade. “Só uma elevada consciência filosófica da práxis permite que ela alcance este nível criador” (VÁZQUEZ, 1990, p. 11).

Constatado o necessário afastamento do homem de sua consciência comum, Vázquez (1990) define diferentes formas e níveis de práxis, para responder como pode desprender-se da concepção ingênua e espontânea e elevar-se a uma consciência reflexiva, como também reflete sobre como se apresentou a consciência filosófica da práxis e sobre sua coexistência com a consciência comum, que necessita ser superada para possibilitar a atividade prática criadora e transformadora.

4.1.1.2 Da consciência comum à consciência filosófica da Práxis

Vázquez (1990) considera que na consciência comum da práxis o sujeito e o objeto são desvinculados um do outro. O Ser humano não se reconhece nos atos e objetos de sua prática, posto referir que, em relação à consciência da atividade prática humana,

o homem comum e corrente se considera a si mesmo como o verdadeiro homem prático, [...] Dentro de seu mundo as coisas não apenas são e existem em si, como também são e existem, principalmente, por sua significação prática, na medida em que satisfazem necessidades imediatas de sua vida cotidiana. Mas essa significação prática se lhe apresenta como imanente às coisas, ou seja, apresentando-se nelas, independente dos atos humanos que lhes conferem tal significação [...] O mundo prático – para a consciência comum – é um mundo de coisas e significações em si (VÁZQUEZ, 1990, p. 11).

Fica claro na análise do supramencionado autor, em sua Filosofia da Práxis, que o fato de o homem comum e corrente, dotado apenas da

consciência comum da práxis, ser exclusivamente um Ser prático, que não tem um grau de consciência para além do prático-utilitário, impede sua atividade prática ir além da atividade prático-utilitária, portanto considera como condição moral do homem a necessidade de ultrapassar a dimensão prático-utilitária da consciência comum, objetivando fazer desse mundo um mundo mais humano.

Essa necessidade de mudança pode ser percebida na divisão de classes sociais, quando consideradas as relações de produção entre os homens, em que a consciência comum da práxis incorpora valores e ideias que pertencem ou favorecem as classes detentoras de propriedades privadas, sobre os meios de produção. Vázquez (1990) considera que é no processo de mudança da consciência comum para a consciência filosófica que se supera e se abandona a ideologia dominante, por conseguinte a atividade prático-utilitária ligada à consciência comum da práxis.

Mesmo considerando que o homem comum e corrente é um ser social e histórico, e que por isso sua consciência nutre-se igualmente de aquisições de toda espécie, Vázquez (1990) vê, como consequências do esvaziamento da consciência, os piores resultados possíveis, desde a desvalorização de valores pessoais, deformação da consciência política, menosprezo da atividade teórica, pois, “para a consciência comum, o prático é o produtivo e o produtivo, por sua vez, do prisma desse modo de produção – o capitalista, é o que produz um novo valor ou mais-valia” (VÁZQUEZ, 1990, p. 12). Todas as outras práticas são consideradas “improdutivas ou impráticas por excelência, de vez que, postas em relação com os interesses imediatos, pessoais, carecem de utilidade” (VÁZQUEZ, 1990, p. 13).

Vale registrar, entretanto, que o homem comum e corrente é capaz de ter certa consciência da práxis, independente de sua limitação, conforme Vázquez (1990, p. 15) quando refere que há no homem “uma consciência da práxis que se foi forjando de modo espontâneo e irreflexivo, se bem que nela não falem [...], certos elementos ideológicos ou teóricos em forma degradada, grosseira ou simplista”.

Ele tem consciência do caráter consciente de seus atos práticos; [...], mas no que diz respeito ao verdadeiro conteúdo e significação de sua atividade, ou seja, no que se refere à concepção da própria práxis, ele não vai além da ideia antes exposta: práxis no sentido utilitário, individual e auto-suficiente (a-teórico) (VÁZQUEZ, 1990, p. 14).

A situação aqui identificada é que, enquanto o homem permanecer no plano da consciência comum da práxis, reduzida à prática utilitária e desvinculada da teoria, não reconhecerá o verdadeiro significado humano de seus atos e objetos, tampouco se reconhecerá como sujeito destes, pois, conforme afirma Vázquez (1990, p. 15), o reconhecimento deste significado só pode ser apreendido por

uma consciência que capte o conteúdo da práxis em sua totalidade, como práxis histórica e social, na qual se apresentem e se integrem suas formas específicas (o trabalho, a arte, a política, a medicina, a educação, etc.), assim como suas manifestações particulares nas atividades dos indivíduos ou grupos humanos, e também em seus diversos produtos. Essa consciência é que se foi historicamente aperfeiçoando, através de um longo processo que é a própria história do pensamento humano, condicionada pela história inteira do homem como Ser ativo e prático, a partir de uma consciência ingênua ou empírica da práxis, até sua consciência filosófica que capta sua verdade – uma verdade que nunca se encerra e nem é absoluta – com o marxismo.

Refere que essa consciência filosófica não é alcançada casualmente, nem em virtude de um desenvolvimento interno do pensamento humano. Só é alcançada, historicamente, quando a própria práxis, a atividade prática material, chega com seu desenvolvimento em um ponto em que o homem já não pode continuar agindo e transformando, criadoramente, revolucionariamente, o mundo, sem assumir uma verdadeira consciência filosófica da práxis. Como expressa Vázquez (1990, p. 16):

Essa consciência é reclamada pela própria história da práxis real ao chegar a certo estágio de seu desenvolvimento, mas só pode ser obtida, por sua vez, quando já amadureceram, ao longo da história das idéias, as premissas teóricas necessárias. Na medida em que uma verdadeira concepção de práxis pressupõe a história inteira da humanidade [...] – e pressupõe, também, a história inteira da filosofia, podemos compreender até que ponto é impossível a consciência comum..., superar sua concepção espontânea e irreflexiva da atividade prática e ascender a uma verdadeira concepção – filosófica – da práxis.

4.1.1.3 Um esboço histórico da consciência filosófica da Práxis

Em suas origens ocidentais, na Antiguidade Grega, a Filosofia ignorou ou repeliu o mundo prático por não captar nele outra coisa além da consciência comum, seu caráter prático-utilitário. Nesse contexto, a atividade prática material, particularmente o trabalho, era considerada uma atividade indigna dos homens livres, própria dos escravos, enquanto a atividade contemplativa, intelectual, era exaltada como o caminho que aprimorava e elevava o Ser humano.

Essa realidade foi assim descrita por Vázquez (1990, p. 18):

A práxis material produtiva, o trabalho, torna o homem escravo da matéria, [...], daí a razão de ser ela considerada – na sociedade escravagista grega – indigna dos homens livres. Essa sujeição da atividade produtiva à matéria é que a torna desprezível e própria dos escravos. Os homens livres só podem viver – como filósofos ou políticos – no ócio, entregues à contemplação ou à ação política, isto é, em contato com as idéias ou regulando conscientemente os atos dos homens, como cidadãos da polis, e deixando o trabalho físico – exatamente por seu caráter servil, humilhante – a cargo dos escravos.

A consciência filosófica sofreu uma mudança radical no Renascimento, quando, em uma nova perspectiva filosófica, o homem deixa de ser um mero animal teórico, para ser, também, sujeito ativo, construtor e criador do mundo. A dignidade humana passa a ser reivindicada não somente pela contemplação, mas também pela ação, o homem passa a ser ente de razão e de vontade.

Segundo Vázquez (1990, p. 25):

O conhecimento científico deixa de ser uma atividade válida por si mesma, que se degrada ao ser aplicada aos problemas prático-mecânicos, para colocar-se a serviço da produção capitalista e, por sua vez, ser impulsionada por esta. Desse modo, as nascentes relações capitalistas contribuem para o desenvolvimento da ciência e da técnica, e estas, a seu turno, fortalecem o novo modo de produção. Isso acarreta uma nova atitude com relação às atividades humanas vinculadas à transformação da natureza, as quais já não recaem – como na Antiguidade – sobre escravos, mas sim sobre homens livres.

A exaltação do homem como Ser ativo, na era do Renascimento,

não relegou a contemplação a segundo plano, ao contrário, continuou a manter seu status superior ao da atividade prática, especialmente a manual, mas a oposição entre teoria e prática foi reduzida o suficiente para que não fosse mais considerada apenas uma oposição entre uma atividade servil e humilhante e outra livre e elevada. Nessa realidade, o que passou a ser considerada imperiosa, pelos interesses da burguesia em ascensão, foi a necessidade de transformar a natureza; de desenvolver forças produtivas, como a ciência e a técnica, a ela vinculadas. A partir daí, ocorre, gradativamente, a superação da dicotomia entre a contemplação e a ação, exaltando-se a atividade material ou práxis produtiva, através da qual “o domínio da natureza, por meio da produção, da ciência e da técnica, converte-se numa questão central que corresponde às necessidades e determinações sociais” (VÁZQUEZ, 1990, p. 31).

Fiel ao marxismo aberto, inovador, crítico e não dogmático, Vázquez (1990) vai buscar nele a reivindicação plena da práxis humana, entendendo que a práxis é a categoria central da filosofia de Marx, que se concebe não só como interpretação do mundo, mas, também, como guia de sua transformação. Entretanto não deixa de reconhecer que a consciência filosófica da práxis teve antecedentes no passado, como também não surge de forma acabada com o marxismo.

“O certo é que depois de superar o nível atingido pelo idealismo alemão, o marxismo representa – [...] – sua consciência mais elevada, bem como a vinculação mais profunda com a práxis real. Nesse sentido, deixa para trás a consciência idealista e ainda mais longe o ponto de vista imediato e ingênuo da consciência comum” (VÁZQUEZ, 1990, p. 5), e, com o intuito de traçar a trajetória de Marx, elege, como este, fontes filosóficas fundamentais para se chegar à concepção de práxis como atividade prática material do homem.

4.1.1.4 Fontes filosóficas fundamentais da concepção moderna da Práxis

A Filosofia Marxista da Práxis teve seu ponto de partida no idealismo alemão, no qual Hegel imprimiu algum conteúdo e que, segundo Vázquez (1990), é uma filosofia da atividade da consciência ou do espírito e seu princípio ativo é o princípio da liberdade e da autonomia.

Com essa característica, a práxis de Hegel é uma mera atividade da consciência e não do homem real, dotado de consciência, vontade e sensibilidade. É uma práxis abstrata, teórica, elevada ao plano da ideia absoluta, consequentemente desvinculada da práxis real, efetiva.

No plano seguinte, surgem duas inversões para “passar dessa práxis teórica, abstrata, espiritual, do Absoluto à verdadeira práxis, humana, material” (VÁZQUEZ, 1990, p. 89). A primeira, dada por Ludwig Feuerbach, é fazer do sujeito da práxis – o Absoluto em Hegel – um sujeito real; ou seja, passar do plano do Absoluto para o plano humano, real; e a segunda, dada por Marx, já colocada em seu nível humano, é dar à práxis não o conteúdo teórico espiritual, que ela recebe de Hegel, mas, sim, um conteúdo real, efetivo.

Na primeira, Feuerbach chega à concepção de que o sujeito da práxis é o homem, a partir da crítica da alienação religiosa, aplicada ao idealismo alemão. Nesta crítica, há a substituição do Absoluto, Deus ou Ideia, pelo homem real, considerando que, da mesma forma em que a religião transfere a essência humana para Deus, o idealismo a transfere para a Ideia.

Contrariando a ideia de Hegel, que vê Deus no homem, de tal modo que sua história real é a história divina, Feuerbach vê o homem em Deus, pois considera que Deus é a consciência que o homem tem de si mesmo e o Absoluto – síntese da ideia teórica com a ideia prática, voltada a si mesma – é a ideia como atividades do espírito. Em suma, “Deus não existe em si e por si, isto é, como sujeito, mas sim como objeto que, sem dúvida, é um predicado humano. O homem se objetiva no objeto que é ele mesmo: sua essência objetivada” (VÁZQUEZ, 1990, p. 92).

No entendimento de Vázquez (1990), ao fazer do homem real o sujeito e de Deus ou a Ideia um predicado do homem, Feuerbach realiza a respeito do idealismo hegeliano o que fez a respeito da religião, ou seja, restabelece as verdadeiras relações entre sujeito e objeto, entretanto, embora o sujeito da práxis seja o homem real e não a consciência ou o espírito – como em Hegel – só reconhece no homem a atividade teórica, a contemplação, enquanto a atividade prática tem apenas um sentido estreito, utilitário, portanto Vázquez considera que em Feuerbach a práxis continua a ter uma constituição abstrata.

Nessa concepção, Vázquez (1990, p. 115) considera que “o materialismo contemplativo de Feuerbach é incompatível com uma verdadeira filosofia da práxis. A crítica a que submeteu Hegel deixa um balanço negativo, ou melhor, desigual, no que diz respeito à concepção da práxis”.

Justificando sua conclusão em relação à práxis de Feuerbach, Vázquez (1990, p. 116), faz as seguintes considerações:

Se compararmos a situação em que ficou essa concepção

depois da ruptura de Feuerbach com Hegel e nos perguntarmos: - em que lugar se encontra a práxis depois da descoberta, ainda que em termos especulativos, mistificados, de Hegel? -; cabe responder: por um lado, conseguiu-se um progresso importante em direção a uma verdadeira concepção da práxis, como atividade material, real, humana; por outro lado, registra-se um retrocesso na marcha em direção a essa concepção e, num terceiro sentido, pode-se dizer que estamos no mesmo lugar, numa situação estacionária.

Progresso: na medida em que, ao colocar-se como sujeito verdadeiro o homem e não o espírito, reduziu-se o comportamento teórico absoluto, que definia o espírito, a um comportamento fundamentalmente teórico, mas humano.

Retrocesso: na medida em que nesse trajeto ou reviravolta radical do Absoluto universal ao Absoluto humano, ou do teorismo absoluto de Hegel ao teorismo humano de Feuerbach, evaporou-se a prática real, humana, que, ainda que sob forma mistificada, encontramos em Hegel (particularmente na Fenomenologia e na Ciência Lógica).

Situação estacionária: apesar dessa passagem do absoluto ao humano e dessa limitação do âmbito da abstração, o homem de Feuerbach continua sendo – como asseveraram Stiner e, depois, Marx e Engels – uma abstração. Sua práxis, por isso, há de ser necessariamente – inclusive quando tem um caráter positivo – uma práxis abstrata, que é a negação da verdadeira práxis”.

Analisando a posição de Marx e Engels frente ao retrocesso e à situação estacionária de práxis, após a reação de Feuerbach a Hegel, Vázquez (1990) considera que talvez essas tenham sido as causas de aqueles filósofos terem elaborado suas XI teses sobre Feuerbach, criticando, especialmente, o caráter abstrato de sua práxis.

Vale registrar, entretanto, que Vázquez (1990) identifica em Marx e Engels a percepção que estes tiveram em relação ao progresso, a partir da reação de Feuerbach a Hegel. Nesse sentido, Vázquez (1990, p. 35) se expressa:

[...]; ao tratar de reduzir o espírito hegeliano a uma medida humana, prepara o caminho para que o problema da práxis se situe, também, num terreno propriamente humano, chegando assim – com Marx e Engels – a uma concepção do homem como ser ativo e criador, prático, que transforma o mundo não só em sua consciência, mas, também, praticamente, realmente.

Considerando a segunda inversão do idealismo hegeliano, desta feita por Marx, Vázquez (1990) define esta como a mais radical, exatamente por ir a fundo à raiz do problema anteposto, chegando à concepção de Ser humano e Práxis.

Vázquez (1990, p. 117) refere que,

com Marx, o problema da práxis, como atitude humana transformadora da natureza e da sociedade, passa para o primeiro plano [...] A relação entre teoria e práxis é para Marx teórica e prática; prática, na medida em que a teoria, como guia da ação, molda a atividade do homem [...], teórica, na medida em que essa relação é consciente.

Desde as críticas à filosofia contemplativa, Marx, ainda jovem, começou a desenvolver sua concepção sobre práxis, que foi amadurecendo e chegou aos Manuscritos Econômicos e Filosóficos de 1844, quando distingue a atividade propriamente humana, o trabalho, da atividade animal, definindo o homem, em sua essência, como um Ser alienado pelo trabalho e, portanto, mero objeto.²³

Ao abordar o Trabalho Alienado nos Manuscritos Econômicos e Filosóficos, Marx o considerou a negação do homem, da sua essência; no Capital, o Trabalho foi considerado a afirmação e a negação da natureza humana, uma unidade de contrários inseparáveis, em função da relação de contradição existente na produção capitalista.

Vázquez (1990) considera que o problema das relações entre o homem e a natureza oportunizou a Marx avançar em direção a uma concepção que situe a atividade prática humana como eixo central de sua concepção e fazer de sua filosofia uma verdadeira filosofia da práxis. Seu pressuposto é “a prática” como fundamento da unidade entre o homem e a natureza e da unidade sujeito-objeto e foi desenvolvida nas teses sobre Feuerbach, em que dá o salto fundamental na elaboração da categoria práxis, como categoria central de sua filosofia, delimitando o papel da Filosofia na transformação da realidade.

Segundo Vázquez (1990), a categoria práxis aparece nas Teses sobre Feuerbach como “fundamento do conhecimento” (Tese I); como “critério da verdade” (Tese II); como “unidade de transformação do homem e das circunstâncias” (Tese III); e “da interpretação do mundo à

²³ Denominações posteriormente revistas e aperfeiçoadas por Marx (1996) na sua obra O Capital. Alienação: fetiche da mercadoria; essência do Ser humano: natureza do Ser humano; objeto: sujeito e objeto ao mesmo tempo, numa relação de contradição.

sua transformação” (Tese XI), passando, a partir daí, a ter sentido a atividade do homem, sua história e o conhecimento.

4.1.1.5 O significado da categoria Práxis em Sánchez Vázquez

Amparado nas compreensões de Marx sobre a categoria práxis, Vázquez (1990) liberta-a de falsas concepções e incorpora a ela vários aspectos da cultura marxista. Considera a práxis uma atividade, material, efetiva, prática e exclusiva do Ser social, o homem. “No que se refere à práxis – isto é, a atividade humana transformadora da realidade natural e humana (VÁZQUEZ, 1990, p. 32) e, como atividade especificamente humana, “implica na intervenção da consciência, graças à qual o resultado existe duas vezes – e em tempos diferentes –: como resultado ideal e como produto real” (VÁZQUEZ, 1990, p. 187).

Na concepção do autor, o resultado ideal, aquele que se busca obter, existe primeiro idealmente, como mero produto da consciência, daí é que os diversos atos do processo articulam-se entre si ou se estruturam, de acordo com o resultado que se pretende obter, e, por mais que o resultado real diste do ideal, pode-se adequar, intencionalmente, o primeiro ao segundo. Em virtude dessa característica, na busca do resultado que se procura obter, a atividade propriamente humana tem um caráter consciente.

Por tratar-se de uma atividade exclusivamente humana, exige certa ação cognoscitiva, subjetiva, portanto tem um lado subjetivo e outro objetivo, inseparáveis, que se encontram no interior da práxis e que, segundo Vázquez (1990), somente com o exercício da abstração teórica pode se separar. A práxis é objetiva na medida em que consegue, efetivamente, transformar real e materialmente o homem, a sociedade, a natureza, e é subjetiva porque necessita da consciência para intervir no ato e assim transformá-lo em ideal. Dessa forma, a práxis se caracteriza pela unidade entre teoria e prática. Vale ressaltar que, apesar de a teoria e a prática formar em uma unidade na práxis, uma não é a outra, portanto existem atividades que não são práxis, ou seja, existem práticas sem práxis.

Seguindo esse raciocínio, Vázquez (1990, p. 185) refere que “Toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis”. Distingue a atividade geral da práxis caracterizando a primeira como o ato ou conjunto de atos em que o sujeito ativo ou agente modifica uma matéria-prima, mas, no processo, nem o agente nem a matéria-prima nem a espécie de ato são especificados e, conseqüentemente, o produto da atividade pode ocorrer em diversos níveis. Em função de sua amplitude

e da generalização do conceito de atividade, esta não se confunde com a práxis, pois “a atividade propriamente humana só se verifica quando os atos dirigidos a um objeto para transformá-lo se iniciam com um resultado ideal, ou finalidade, e terminam com um resultado ou produto efetivo, real” (VÁZQUEZ, 1990, p. 187).

Nesse caso, os atos não só são determinados [...], por um estado anterior que se verificou efetivamente – determinação do passado pelo presente -, como também por algo que ainda não tem uma existência efetiva e que, não obstante, determina e regula os diferentes atos antes de culminar num resultado real; ou seja, a determinação não vem do passado, mas sim do futuro (VÁZQUEZ, 1990, p. 187).

A práxis tem como finalidade a transformação real e objetiva da natureza, da sociedade e do homem, respondendo à necessidade deste, que nega o real porque acredita no ideal, uma realidade que ainda não existe, mas que pode ser realizada. Essa característica humana é explicitada por Vázquez (1990, p. 192) quando diz que “se o homem aceitasse sempre o mundo como ele é, e se, por outro lado, aceitasse sempre a si mesmo em seu estado atual, não sentiria a necessidade de transformar o mundo nem de transformar-se”. Aí está o papel da práxis, que, ao responder a esta necessidade humana, cria um mundo de objetos humanizados e humaniza a natureza, pois o mundo que cria não é mais da natureza e sim um mundo dos homens.

Nesse contexto, pode-se afirmar que é através da práxis que o homem produz objetos e, ao mesmo tempo, a si mesmo, respondendo à necessidade humana de se produzir e reproduzir como Ser humano e que este é o verdadeiro Significado da Práxis em Sánchez Vázquez.

4.1.1.6 A Práxis e seus níveis

Considerando o objeto ou material sobre o qual o homem exerce sua atividade prática, Vázquez (1990) fala de níveis diferentes de práxis, de acordo com o grau de penetração da consciência do sujeito ativo no processo prático e com o grau de criação ou humanização da matéria transformada, evidenciado no produto de sua atividade prática. Com relação a estes dois critérios, distingue, por um lado, a práxis transformadora ou criadora e a reiterativa ou imitativa, e, por outro, a práxis reflexiva e a espontânea.

No contexto de uma práxis total, determinada por um tipo

peculiar de relações sociais, apesar de mutáveis, a práxis reiterativa ou imitativa está associada à práxis espontânea e a transformadora ou criadora à reflexiva.

A Práxis Transformadora ou Criadora

Do ponto de vista da práxis humana, total, que se traduz na produção ou autocriação do próprio homem, a práxis transformadora ou criadora é determinante, já que é ela quem lhe permite enfrentar novas necessidades e, considerando que o homem cria para adaptar-se a novas situações ou para satisfazer suas necessidades, criar é a mais vital necessidade humana, porque criando, transformando o mundo, o homem faz um mundo humano e faz a si mesmo (VÁZQUEZ, 1990).

Considerando que criar é a mais vital necessidade humana, Vázquez (1990, p. 248) caracteriza a práxis como essencialmente criadora quando refere que “se faz um mundo humano e se faz a si mesmo. Assim, a atividade prática fundamental do homem tem um caráter criador [...] A práxis é, por isso, essencialmente criadora”.

Vázquez (1990, p. 251), também, formula os seguintes traços distintivos da práxis transformadora ou criadora: “a) associação indissolúvel entre o interior e o exterior e entre o subjetivo e o objetivo; b) indeterminação e imprevisibilidade do processo e do resultado; e c) unicidade e irrepetibilidade do produto”.

A criação de algo novo está inscrita como uma possibilidade nos elementos pré-existentes, mas isso não basta para produzir o novo, porque prescinde da atividade humana, isto é, da intervenção da consciência e da prática humana. Assim, a atividade prática transformadora não pode ser concebida como uma série de atos de consciência e de atos materiais que se sucedem no processo prático.

Backes (1999, p.41), corroborando Vázquez, diz que a consciência estabelece uma finalidade aberta num projeto dinâmico e ativo, portanto na práxis criadora se encontra a unidade subjetiva e objetiva, interior e exterior, existindo, neste nível de práxis, uma indeterminação e imprevisibilidade do processo e do resultado, e unicidade e irrepetibilidade do produto.

Desse modo, a consciência se vê obrigada a estar constantemente ativa, deslocando-se do interior ao exterior, do ideal ao material e, ao longo desse processo prático, em que se faz necessária uma peregrinação constante do ideal ao real, vai aprofundando a distância entre o modelo ideal, resultado pré-figurado, e o produto, resultado definitivo e real.

A Práxis Reiterativa ou Imitativa

Num nível inferior em relação à práxis criadora se encontra a práxis reiterativa ou imitativa, que se caracteriza precisamente pela inexistência ou pela tênue manifestação dos três traços distintivos da práxis transformadora ou criadora (VÁZQUEZ, 1990). “Nessa práxis se rompe, em primeiro lugar, a unidade do processo prático” (VÁZQUEZ, 1990, p. 257) e o real sempre coincide com o projeto, com o que foi idealizado.

Para Vázquez (1990, p. 258), “na práxis imitativa estreita-se o campo do imprevisível. O ideal permanece imutável, pois já se sabe, por antecipação, antes da própria realização, o que se quer fazer e como fazer”.

De acordo com Vázquez (1990), a práxis reiterativa ou imitativa tem por base uma práxis criadora já existente, da qual toma a lei que a rege e por isso não produz uma nova realidade ou mudança qualitativa na realidade presente; não transforma criadoramente, embora contribua para ampliar a área do já criado e, dessa forma, multiplicar quantitativamente uma mudança qualitativa produzida anteriormente. Não cria uma nova realidade humana e está aí sua limitação e inferioridade em relação à práxis criadora.

Mesmo considerando a historicidade fundamental do Ser humano, em que o aspecto criador da práxis é o determinante, Vázquez (1990) refere que tanto a práxis criadora quanto a imitativa são atividades humanas que transformam uma determinada matéria e que esta pode ser positiva em determinadas circunstâncias, como quando há necessidade de se ampliar quantitativamente o que já foi criado.

Refere que tanto um processo prático quanto o seu produto podem assumir caráter diferenciados, afirmando que

O critério para distinguir uma e outra práxis é a existência – ou a inexistência, num caso extremo – dos três traços distintivos da práxis criadora que vimos apontando: unidade entre o interior e o exterior, entre o subjetivo e o objetivo, no processo prático; imprevisibilidade do processo prático e de seu resultado; e unicidade e irrepetibilidade do produto. Mas, esses níveis, [...], não se encontram separados por uma barreira absoluta, pois, na práxis total humana, inovação e tradição, criação e repetição se alternam e às vezes se entrelaçam e condicionam mutuamente. Mas a práxis determinante é a práxis criadora (VÁZQUEZ, 1990, p. 279).

Vázquez (1990) afirma que não somente na práxis criadora a consciência se faz presente. Mesmo num estágio inferior, onde se encontra a práxis imitativa total, o caráter consciente de sua atividade se faz presente, pois só conscientemente o homem pode se abrir para uma atitude, e é pelo papel que a consciência desempenha no processo prático, ou seja, o nível de intervenção da consciência na práxis, que se determina o nível de práxis naquele processo, se práxis criadora ou práxis imitativa.

Vázquez (1990) distingue a consciência que atua em íntima unidade com a plasmação ou a realização de seus objetivos ou projetos, no início ou ao longo do processo prático, a qual denomina de consciência prática, de outra consciência que se volta a si mesma e sobre a atividade material em que se plasma, chamada por ele de consciência da práxis.

A consciência prática é assim descrita por Vázquez (1990, p. 283):

a consciência prática é a consciência tal como ela se insere no processo prático, atuando ou intervindo no seu transcurso, para transformar um resultado ideal em real. ... Significaria igualmente: consciência na medida em que traça uma finalidade ou modelo ideal que se trata de realizar e que ela mesma vai modificando, no próprio processo de sua realização, atendendo as exigências imprevisíveis do processo prático. Essa consciência prática é a que se eleva na práxis criadora e que se debilita até quase desaparecer quando a atividade material do sujeito assume um caráter mecânico, abstrato, indeterminado, ou também quando se [...], plasman finalidades ou projetos alheios, em cuja elaboração não intervém a consciência própria.

A consciência da práxis é descrita por Vázquez (1990) como a consciência que se sabe a si mesma como consciência projetada, plasmada; que sabe que a atividade que rege as modalidades do processo prático é sua e que é uma atividade procurada ou desejada pela consciência projetada.

Estabelecendo relação entre os dois níveis de consciência, o autor refere que toda consciência prática implica sempre certa consciência da práxis, mas estão em níveis diferentes. “Pode ser que, num processo prático, a primeira esteja muito abaixo da segunda” (VÁZQUEZ, 1990, p. 284).

A importância das duas consciências é identificada quando a consciência prática, como atividade ideal que se materializa, torna

possível transparecer ou elevar a consciência do que está sendo plasmado. De outro lado, a consciência da práxis pode contribuir para enriquecer a atividade real, material, assim colaborando para elevar a prática que nela se plasma. Vázquez (1990) denomina a consciência da práxis de autoconsciência prática.

Práxis Reflexiva e Espontânea

Segundo o grau de manifestação da autoconsciência prática, outros dois níveis de práxis humana surgem, sendo denominadas práxis reflexiva e práxis espontânea. “Elas têm ligação direta com o grau de consciência que se tem da atividade prática que se está desenvolvendo. [...], consciência elevada num caso ou quase nula em outro” (VÁZQUEZ, 1990: 285). Qualifica de reflexiva a que apresenta o grau elevado de consciência e de práxis espontânea aquela que tem um grau baixo ou quase nulo de consciência da prática.

Vázquez (1990, p. 285) adverte que “não se trata de duas novas modulações dos níveis práticos criador e reiterativo, no sentido de que a práxis reflexiva correspondesse, plenamente, à práxis criadora e a espontânea à não criadora, mecânica ou repetitiva”. Nesse contexto, exemplifica que na práxis artística o espontâneo não se opõe à atividade criadora; a práxis criadora pode ser, em maior ou menor grau, reflexiva e espontânea. Por outro lado, a práxis reiterativa acusa uma débil intervenção da consciência, mas não é por isso que se pode considerá-la espontânea. Nesse aspecto, a práxis reiterativa se opõe tanto à práxis criativa quanto à espontânea (VÁZQUEZ, 1990).

4.2 SOBRE PAULO FREIRE

Paulo Reglus Neves Freire²⁴, conhecido no Brasil e no exterior apenas como Paulo Freire, nasceu em 19 de setembro de 1921, em Recife, Pernambuco, na Estrada do Encanamento, bairro da Casa Amarela, e faleceu em 02 de maio de 1997, em São Paulo. Filho de Joaquim Temístocles Freire, espiritualista, natural do Rio Grande do Norte, oficial da Polícia Militar, e de Edeltrudes Neves Freire, católica,

²⁴ Trechos desta biografia foram retirados da primeira parte do Livro de Paulo Freire *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3.ed. São Paulo:Editora Moraes, 1980. Primeira Parte. O Homem E Sua Experiência – Paulo Freire por si mesmo -, em que o próprio autor faz um relato de sua vida.

natural de Pernambuco.

A crise econômica de 1929 obrigou sua família a mudar-se para Jaboatão, Pernambuco, onde parecia menos difícil sobreviver, e em uma manhã de abril de 1931 chegou à casa onde viveria experiências que lhe marcariam profundamente.

Em Jaboatão perdeu seu pai; experimentou a fome; ainda criança converteu-se em homem graças à dor e ao sofrimento que não o submergiam nas sombras da desesperança; jogou bola com os meninos do povo; nadou no rio e quando tinha dez anos começou a pensar que no mundo muitas coisas não andavam bem; embora fosse criança, começou a perguntar-se o que poderia fazer para ajudar os homens.

Com muitas dificuldades fez seu exame de admissão ao ginásio aos 15 anos e aos 20 anos, no curso pré-jurídico, já lera os “Serões Gramaticais”, de Carneiro Ribeiro, a “Réplica” e a “Tréplica”, de Rui Barbosa, alguns gramáticos portugueses e outros brasileiros, e começava a introduzir-se em estudos de Filosofia e Psicologia da Linguagem, enquanto se tornava professor do curso ginásial. Iniciou, então, leituras de obras básicas da literatura brasileira e algumas estrangeiras.

Como professor de Português, satisfazia o gosto especial que tinha pelo estudo da língua portuguesa, ao mesmo tempo em que ajudava seus irmãos mais velhos no sustento da família.

Nessa época, devido às distâncias, que, ingenuamente, não podia compreender, entre a vida mesma e o compromisso que ela exige, e o que diziam os padres nos seus sermões dominicais, afastou-se da Igreja – nunca de Deus – por um ano, com o profundo sentimento de tristeza de sua mãe. Retornou a ela através, sobretudo, das sempre lembradas leituras de Tristão de Atayde, por quem, desde então, nutriu inabalável admiração. A estas imediatamente se juntariam as leituras de Maritain, de Bernanos, de Mounier e outros.

Casou-se em primeiras núpcias, aos 23 anos, em 1944, com Elza Maia Costa Oliveira, professora e diretora de escola, com quem teve cinco filhos, três mulheres e dois homens. Foi com Elza que começou a se preocupar sistematicamente com os problemas educacionais, estudando mais Educação, Filosofia e Sociologia da Educação.

Após o falecimento de sua esposa Elza (1916-1986) e depois de um tempo solitário, casou-se novamente com Ana Maria Araújo Freire, que também teve grande participação em sua vida. Destaca-se que esta escreveu uma biografia sobre Paulo Freire, pois, para ela, a vida com esse educador teve um sentido muito especial. Primeiro, porque foram mulher e marido, unidos por laços de amor e paixão; segundo, porque vinha pesquisando a história da educação brasileira há muitos anos e,

assim, falar sobre esse educador era reviver também o processo de sua inserção nela, e isso era provocador e gratificante.

Licenciado em Direito pela atual Universidade Federal de Pernambuco, abandonou a profissão após um tímido começo. De 1947 a 1954 trabalhou no Serviço Social da Indústria (SESI), órgão criado pela Confederação Nacional da Indústria através de um acordo com o governo Vargas. Como diretor do Departamento de Educação e de Cultura do SESI, em Pernambuco, e depois na Superintendência deste Órgão, fez as primeiras experiências que lhe conduziram mais tarde ao método Paulo Freire, que iniciou em 1961. Isto teve lugar no movimento de Cultura Popular do Recife, do qual foi um dos fundadores, e mais tarde teve continuidade no Serviço de Extensão Cultural da Universidade do Recife, do qual foi o primeiro diretor.

Durante o II Congresso Nacional de Educação de Adultos, em julho de 1958, no Rio de Janeiro, Paulo Freire firmou-se como educador progressista. “Com uma linguagem muito peculiar e com uma filosofia da educação absolutamente renovadora, ele propunha que a educação de adultos teria de se fundamentar na consciência da realidade da cotidianidade vivida pelos alfabetizandos para jamais se reduzir num simples conhecer de letras, palavras e frases. Freire afirmava também que só se faria um trabalho educativo para a democracia se o processo de alfabetização de adultos não fosse sobre (verticalmente) ou para (assistencialmente) o homem, mas com o homem (nos anos 50 e até após a publicação, no início dos anos 70, nos Estados Unidos, da Pedagogia do Oprimido, Freire não nomeava mulheres, entendendo, erroneamente, que, ao dizer homem, incluía a mulher), com os educandos e com a realidade. Ele propôs uma educação de adultos que estimulasse a colaboração, a decisão, a participação e a responsabilidade social e política” (GADOTTI, 2003, p. 35).

Sua pedagogia apontava soluções de superação dentro de uma concepção mais ampla e mais progressista: a da educação como ato político. Tudo isso era novo no Brasil, que ainda reproduzia a interdição dos corpos dos desvalorizados socialmente, que, assim, viviam proibidos de ser, ter, saber e poder. Esta natureza política da educação, antes mesmo que sua especificidade pedagógica, técnica e didática, tem sido o cerne da preocupação freiriana tanto em suas reflexões teóricas quanto na sua práxis educativa. Freire forjava-se, pela práxis vivida, como pedagogo do oprimido, mesmo sem ter ainda escrito a Pedagogia do oprimido, porque partia do saber popular, da linguagem popular, da

necessidade popular, respeitando o concreto deles, o cotidiano de limitações deles. Além disso, não ficando no ponto de partida, apresentava uma proposta de superação deste mundo de submissão, de silêncio e de misérias, apontando para um mundo de possibilidades (GADOTTI, 2003).

Em fins de 1959, prestou concurso e obteve o título de Doutor em Filosofia e História da Educação, defendendo a tese “Educação e atualidade brasileira”, obtendo a nomeação de professor efetivo de Filosofia e História da Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de Recife.

Gadotti (2003) refere que Paulo Freire foi o primeiro a sistematizar e a experimentar um método inteiramente criado para a educação de adultos. Na constituição do seu método pedagógico, fundamentou-se nas ciências da educação, tendo grande importância a Metodologia das Ciências Sociais. No final da década de 50, o método de alfabetização de adultos deu lugar ao movimento de Cultura Popular do Recife, surgindo então os chamados “Círculos de cultura” desenvolvidos a cargo do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Neles, Freire iniciou suas experiências na cidade de Angicos, em 1962, onde foram alfabetizados 300 trabalhadores rurais em 45 dias (SAUPE; BRITO; GIORGI, 1998).

Segundo Gadotti (2000), Paulo Freire comprovou que os métodos em que os alunos e professores aprendem juntos são mais eficazes, ao contrário da concepção tradicional da escola, que se apoiava em métodos centrados na autoridade do professor. Paulo Freire, extrapolando a área acadêmica e institucional, engajou-se também nos movimentos de educação popular do início dos anos 60.

Foi um dos fundadores do Movimento de Cultura Popular (MCP) do Recife, primeiro movimento de cultura popular no Brasil que marcou profundamente a formação profissional, política e afetiva do educador. Por suas concepções de educador popular progressista, influenciou a campanha *De Pé no chão Também se Aprende a Ler*, realizada em Natal, Rio Grande do Norte. Logo depois foi para Brasília, a convite do Ministro de Educação Paulo de Tarso Santos, a fim de realizar uma campanha nacional de alfabetização.

Nasceu assim, sobre sua coordenação, o Programa Nacional de Alfabetização, que pelo Método Paulo Freire tencionava alfabetizar, politizando, cinco milhões de adultos. Foram no seu processo de alfabetização, estes novos eleitores, provenientes das camadas populares, desafiados a perceber as injustiças que os oprimiam e a necessidade de lutar por mudanças. As classes dominantes identificaram

a ameaça e se colocaram contra o Programa, que, oficializado em 21 de janeiro de 1964, pelo Decreto nº 53.465, foi extinto pelo governo militar em 14 de abril do mesmo ano, através do Decreto nº 53.886 (Gadotti, 2000).

O golpe de Estado de 1964 deteve todo o trabalho que vinha sendo feito no campo da educação de adultos e da cultura popular e o levou à prisão por cerca de 70 dias. Foi submetido durante quatro dias a interrogatórios, que continuaram depois no Instituto da Polícia Militar do Rio de Janeiro. Livrou-se, refugiando-se na Embaixada da Bolívia em setembro de 1964. Foi considerado como um subversivo internacional, um traidor de Cristo e do povo brasileiro.

O golpe de Estado na Bolívia, ocorrido pouco tempo depois de sua chegada, o levou ao Chile. Em Santiago, ao lado de sua família, iniciou, como tantos outros brasileiros que no Chile tiveram asilo político, uma nova etapa de sua vida e de sua obra. Nesse país viveu de novembro de 1964 a abril de 1969, trabalhando como assessor do Instituto de Desenvolvimento Agropecuário e do Ministério da Educação do Chile e como consultor da UNESCO.

De abril de 1969 a fevereiro de 1970 morou em Cambridge, Massachusetts, dando aulas na Universidade de Harvard, como professor convidado. Em seguida, mudou-se para Genebra para ser Consultor Especial do Departamento de Educação do Conselho Mundial de Igrejas. Prestando serviço ao Conselho, percorreu a África, a Ásia, a Oceania e a América, com exceção do Brasil. Na Suíça, Paulo Freire foi também professor da Universidade de Genebra, levando aos alunos da Faculdade de Educação suas ideias e reflexões.

Ganhou seu primeiro passaporte brasileiro em junho de 1979 e, em agosto do mesmo ano, sobre o clima da anistia política, chegou ao Brasil e aceitou ser professor da PUC-SP. Retornou à Europa e organizou sua volta definitiva ao Brasil em junho de 1980 para se integrar definitivamente ao país, depois de disseminar suas ideias em vários países e continentes do mundo com suas obras, palestras e conferências, aos 58 anos de idade.

Em 1979, aos 58 anos, foi nomeado com títulos de doutor “honoris causa” pela Universidade de Louvain (Bélgica), Universidade Livre de Londres (Inglaterra), Universidade de Michigan (Estados Unidos) e Universidade de Genebra (Suíça) com uma grandeza que decorre, sobretudo, de haver posto sempre o seu pensamento a serviço da liberação do homem (GADOTTI, 2003, p. 139).

4.2.1 A Educação Libertadora por Paulo Freire

A Educação é concebida por Freire (2007) como um processo que, permeado pelo amor e pela esperança, é permanente, dinâmico, transcendente, inacabado e inconcluso, visto que não há saber nem ignorância absoluta. Nesse processo, o homem, como um Ser inconcluso que é, deve participar como sujeito e não objeto, na busca da transformação de sua realidade e de *ser mais*.

Considerando o homem um Ser histórico, contextualizado, que possui intrinsecamente um ímpeto criador, próprio de sua inconclusão, Freire (2006) destaca a importância de estimular, durante o processo educativo, o diálogo, a participação, a ação-reflexão-ação, a conscientização e a mudança e defende como instrumento a Educação Problematicadora, a Pedagogia Libertadora, que, contrapondo-se à educação bancária ou pedagogia bancária, estimularia a consciência reflexiva, de modo a que o educando reflita sobre sua própria realidade e, compreendendo-a, possa levantar hipóteses sobre os desafios propostos e procurar alternativas para enfrentá-los em qualquer contexto social.

Refletindo sobre a relação humana, Freire (1985) denomina o homem de *ser-no-mundo*, um ser de relações, que só realiza sua existência no encontro com o outro, que está no mundo, com o mundo e pelo mundo, como um Ser de integração, e que para isso os atos de refletir e dialogar são essenciais, são um direito de todos, não apenas de alguns poucos. Nesse contexto, Freire (2006, p. 26) refere que “cada um de nós é um ser no mundo, com o mundo e com os outros. Viver ou encarnar esta constatação evidente, enquanto educador ou educadora, significa reconhecer, nos outros,..., o direito de dizer a sua palavra”.

Compreendo que “dizer a palavra” pressupõe o diálogo e este, inerente ao Ser humano, propicia a reflexão e a ação, culminando na transformação da realidade e do próprio homem, no sentido de que possa se tornar cada vez mais humanizado e assim contribuir com a transformação do mundo que o rodeia e do qual faz parte. Quanto ao papel da educação nesse contexto, Freire (2007) refere que somente um método que privilegie a ação-reflexão, o diálogo, o pensar certo e não simplesmente o repasse de informações, dará conta de uma educação libertadora, que reforce a mudança como possibilidade de uma ação transformadora, de um fazer humanista e problematizador.

Para Freire (1980), a conscientização é o conceito central da educação libertadora-humanista, porque esta, como prática da liberdade e como visão do mundo, é ato de conhecimento, é aproximação crítica

da realidade, com o compromisso e ação necessária para transformá-la. A conscientização é um processo no qual o educador e o educando se conscientizam através do movimento dialético, entre a reflexão crítica sobre a ação anterior e a ação subsequente, no processo de luta pela libertação do indivíduo e transformação da realidade.

Neste mesmo enfoque, segundo Freire (1993), não é possível aceitar uma concepção mecânica da consciência, ou seja,

A educação que se impõe aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres (vazios) a quem o mundo (encha) de conteúdos, não pode se basear numa consciência espacializada, mecanicistamente compartimentada, mas nos homens, como (corpos) conscientes e na consciência como consciên-cia, essência do ser da sua consciência, que é a sua intencionalidade (FREIRE, 1993, p. 77).

O processo de conscientização se dá inicialmente com a aproximação espontânea do homem à sua realidade. No segundo momento há a experiência, a apreensão e o desvelamento da realidade, através do desenvolvimento crítico da tomada de consciência, penetração no fenômeno e sua análise. A conscientização está implícita no desvelamento da realidade através da ação educativa. Esta não pode existir fora da práxis do ser, sem ato de ação-reflexão e de compromisso com a transformação social. Conscientização que só pode existir na práxis, ou seja, no ato ação-reflexão, uma conscientização como atitude crítica dos homens na história, com consequente engajamento no papel de sujeito que faz e refaz o mundo, um processo contínuo que não terminará jamais.

É preciso possibilitar a libertação, tanto de oprimidos quanto de opressores, assim como uma atitude crítica na qual se esclarecerão os mitos e utopias que enganam, para dar lugar a uma nova realidade: “quanto mais conscientizados nos tornamos, mais capacitados estamos para ser anunciadores e denunciadores, graças ao compromisso de transformação que assumimos” (FREIRE, 1980, p. 28).

Gadotti (2000), em relação à conscientização, enfatiza que pessoas ou grupos que se conscientizam são capazes de descobrir a razão de ser das coisas, a relação entre o pensar e o atuar e que essa descoberta deve vir acompanhada de ação transformadora. Enfatiza que a conscientização e o diálogo são elementos fundamentais na filosofia

educacional de Paulo Freire e que o diálogo se dá em forma horizontal, entre as pessoas que se relacionam, em que o saber de todos é valorizado.

Conscientizar-se, compreender a realidade, é um passo do ciclo maior que leva à sua permanente transformação pelo Ser humano, entendida assim por Freire (2006, p. 22):

[...] esse movimento do mundo da palavra e da palavra ao mundo está sempre presente. Movimento em que a palavra dita flui do mundo mesmo através da leitura que dele fazemos. De alguma maneira, porém, podemos ir mais longe e dizer que a leitura da palavra não é apenas precedida pela leitura do mundo, mas por certa forma de escrevê-lo, ou de reescrevê-lo, quer dizer, de transformá-lo através de nossa prática consciente.

Por fim, o posicionamento de Freire (2007) sobre a educação na formação do sujeito humano compreende uma educação corajosa, propondo a reflexão sobre si mesmo, sobre seu tempo, sobre suas responsabilidades, sobre seu papel no novo clima cultural da época; uma educação que lhe propicie a reflexão sobre seu próprio poder de refletir e que lhe instrumentalize, aumentando sua capacidade de opção; uma educação que leve em consideração os vários graus de poder de captação do homem, no sentido de sua humanização; uma educação referida à realidade, que só é viva, só forma, só constrói conhecimento quando nasce da prática social, quando responde às exigências da vida social e às aspirações dos indivíduos em relação à sua existência concreta; e uma educação compreendida como tarefa, que ajude o homem a libertar-se pela tomada de consciência das coisas do mundo e a participar efetivamente da vida social, compreendendo o que ocorre ao seu redor.

4.3 ENFERMAGEM: UMA FORMA ESPECÍFICA DE PRÁXIS PARA UMA AÇÃO EDUCATIVA LIBERTADORA

No interior da práxis social se inter-relacionam diversas formas de práxis, dentre as quais o trabalho, a arte, a política, a medicina, a educação etc. (MARTINS, PRADO; REIBNITZ, 2006). A partir desse entendimento, estes autores acrescentam a Enfermagem como práxis social específica, uma das formas de práxis situada no âmbito das práxis de saúde, as quais compõem um conjunto de ações no processo saúde-doença, voltadas a satisfazer determinadas necessidades humanas.

[...] as formas específicas de práxis nada mais são do que formas concretas, particulares, de uma práxis total humana, graças à qual o homem como ser social e consciente humaniza os objetos e se humaniza a si próprio (MARTINS, PRADO; REIBNITZ, 2006, p.16).

Martins, Prado e Reibnitz (2006) buscaram a compreensão da práxis de Enfermagem como práxis social específica, com origem no cuidado ao Ser humano, mas a que, em função dos avanços tecnológicos e científicos observados na sociedade contemporânea, foram sendo incorporadas outras características, entendidas como cuidado indireto.

A partir do questionamento das especificidades da Enfermagem que a tornam uma expressão particular dentre as práxis de saúde, como também da importância de conhecê-las, esses autores concluem que, diferentemente da práxis produtiva, que é uma relação do homem (como sujeito) com a natureza (como objeto), na práxis de enfermagem, o homem é o sujeito e o objeto da ação.

Se o ser humano na práxis social, por conseguinte na práxis de enfermagem, é sujeito e objeto, significa dizer que, na condição de objeto, pode envolver-se conscientemente no exercício da práxis - mesmo sem dominar os instrumentos da práxis - bem como, na condição de sujeito, ter a intenção de transformar certa realidade, tornando-a mais humana (MARTINS, PRADO; REIBNITZ, 2006 p 17).

Nesse contexto de práxis social, onde o homem, na condição de objeto, envolve-se conscientemente e, na condição de sujeito, tem a intenção de transformar certa realidade, objetivando torná-la mais humana, é que cabe inserir a proposta teórica de Paulo Freire, pois, mesmo tendo sido originalmente pensada como uma pedagogia ultrapassa os limites da disciplina e passa a ser entendida, também, como “uma forma de ler o mundo, refletir sobre a leitura e recontá-lo, transformando-o pela ação consciente” (SAUPE ETT AL, 1998, p. 249).

Na Enfermagem, como práxis específica, seus sujeitos precisam conhecer e exercer o que é específico na busca de contribuir com a totalidade da práxis transformadora, pois esta totalidade envolve vários elementos tais como: o sujeito, o objeto, os instrumentos, a finalidade e o produto, voltado para a realização de um significado comum a todas as formas de práxis.

O sujeito da práxis, ou agente, é um ser prático (teórico-prático), dotado de consciência, sensibilidade, vontade de

criar e produzir para satisfazer suas necessidades humanas, "do estômago à fantasia" (Marx, 1996). Este ser é, em razão, o ser humano; e sua "atividade propriamente humana só se verifica quando os atos dirigidos a um objeto para transformá-lo se iniciam com um resultado ideal, ou finalidade, e terminam com um resultado ou produto efetivo, real (MARTINS, PRADO E REIBNITZ, 2006 p.17).

Refletindo sobre a atividade propriamente humana, que para Martins, Prado e Reibnitz (2006) parte de uma finalidade e se encerra com um resultado efetivo, me reporto às ideias-força de Freire (1980, 2006, 2007), quando atribui à integração do homem ao seu contexto a reflexão e o comprometimento; à capacidade de discernir a percepção da realidade, que por ser externa será sempre desafiadora; e à resposta aos desafios que se lhe apresentam a transformação da realidade.

Com a consolidação da ciência, através da instituição da sociedade moderna, a prática do cuidar se transformou em profissão institucionalizada, portanto a prática da enfermagem profissional passa a utilizar como instrumento o conhecimento científico, enquanto o cuidado comum, natural da vivência nos grupos sociais, permanece inerente ao ser humano.

... o conhecimento científico. Este, sem dúvida é um dos principais instrumentos que o sujeito da práxis usa para adequar suas finalidades e, portanto, o elemento constitutivo fundamental que possibilita galgar o mais elevado nível de práxis (MARTINS, PRADO E REIBNITZ, 2006 p. 19).

Nesse contexto, o cuidado de Enfermagem é definido como a necessidade humana a ser suprida pelos agentes que passam por um preparo formal, fundado no conhecimento científico e por isso supera a Enfermagem tradicional, leiga. Para tanto, Martins, Prado e Reibnitz (2006) sugerem que a formação profissional deva aliar o conhecimento científico à filosofia, como instrumento para o exercício do pensar e cultivar o pensamento complexo, objetivando ter consciência de que o conhecimento científico específico deve ser adequado a sua finalidade imediata, qual seja a satisfação das necessidades humanas de cuidado.

Nesse sentido, estando no limite entre teoria e filosofia da educação, o pensamento de Freire pode colaborar com a construção de uma educação reflexiva na enfermagem, incorporando formas de educar críticas, problematizadoras e dialógicas, entendendo o educador e o educando como sujeitos do mundo, valorizando seu modo de viver e pensar, buscando a consciência crítica através de um processo

“práxico”, ético e interdisciplinar (MIRANDA E BARROSO, 2004).

Igualmente, a prática da enfermeira, mediada pelas ideias de Freire, oportuniza ao profissional no ato de cuidar, como atividade de educação em saúde, construir uma prática crítica, libertadora, de respeito e valorização ao ente que está sendo cuidado.

[...] a Enfermagem, [...], configura-se numa articulação teórico-prática, fundada no conhecimento científico; uma práxis social específica que se constitui pela relação entre diversos atores sociais envolvidos no processo prático. É dessa relação social que depende seu compromisso com a saúde do ser humano e da coletividade,..., com a preservação da vida; relação esta, historicamente determinada - embora também determinante - pelo processo de produção em saúde inserida numa relação mais ampla do respectivo modo de produção da vida em sociedade,..., principal determinante do processo saúde-doença (MARTINS, PRADO; REIBNITZ, 2006, p. 21).

CAPÍTULO V

PERCURSO METODOLÓGICO

Considero condição preliminar para a escolha de uma temática a ser estudada contatos anteriores com o objeto de estudo aliados à empatia com a realidade vivenciada. O método a ser empregado no trabalho significa condição fundamental à apreensão da realidade e à aproximação do pesquisador com seus objetivos.

5.1 O TIPO DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa foi o estudo de caso baseado em provas qualitativas. Yin (2005) considera o estudo de caso uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

O desenho metodológico em questão é indicado em muitas situações, para contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo e surge pela necessidade de se compreender fenômenos sociais (YIN, 2005, p. 20).

Considerando os vários tipos de estratégias de pesquisa, quais sejam: experimento, levantamento, análise de arquivos, pesquisa histórica e estudos de caso, Yin (2005) refere que essas podem ser utilizadas para os propósitos exploratório, descritivo ou explanatório, variando de acordo com: a) o tipo de pesquisa proposta; b) a extensão de controle que o pesquisador tem sobre eventos comportamentais atuais e c) o grau de enfoque em acontecimentos contemporâneos em oposição a acontecimentos históricos. Se a forma de questão da pesquisa concentrar-se em “como” ou “por que”, as estratégias são mais explanatórias; se focalizarem acontecimentos contemporâneos e não exigirem controle sobre eventos comportamentais, a estratégia de pesquisa indicada é o estudo de caso.

Por ter como característica o exame de acontecimentos contemporâneos, o estudo de caso utiliza, além de outras técnicas comumente usadas em pesquisas históricas, duas fontes de evidência: a observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados ou a entrevista das pessoas neles envolvidas. Nesse contexto, Yin (2005, p. 34) refere que “[...] nem sempre eles precisam incluir observações diretas e detalhadas como fonte de evidências” e, ainda, que “o poder diferenciador do estudo de caso é sua capacidade de lidar com ampla variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas,

observações – além do que pode estar disponível no estudo histórico convencional” (YIN, 2005, p. 27).

Por tratar-se de pesquisa social empírica, Yin (2005) diz ser necessária a utilização de estratégias para determinar a qualidade do estudo de caso, indicando as que se seguem: a) validade do constructo, que estabelece medidas operacionais corretas para os conceitos que estão sob estudo; b) validade interna, indicada para estudos explanatórios ou causais, que estabelece uma relação causal, por meio da qual são mostradas certas condições que levem a outras condições; c) validade externa, que estabelece o domínio pelo qual as descobertas de um estudo podem ser generalizadas; e d) confiabilidade, que demonstra que as operações de um estudo podem ser repetidas, apresentando os mesmos resultados.

O estudo de caso, como estratégia de pesquisa, compreende um método que abrange tudo, tratando da lógica do planejamento, da técnica de coleta de dados, das abordagens específicas, até a sua análise. Nesse contexto e considerando suas variações, Yin (2005) indica quatro desenhos que podem ser utilizados no estudo de caso: a) projetos holísticos de caso único; b) projetos incorporados de caso único; c) projetos holísticos de casos múltiplos; e d) projetos incorporados de casos múltiplos.

O estudo de caso único é análogo a um experimento único e muitas das condições que servem para justificar um experimento único também justificam um estudo de caso único. Os cinco fundamentos lógicos de um caso único são: a) caso decisivo, ao testar uma teoria bem formulada; b) caso raro ou extremo, quando um caso, por ser tão raro, vale a pena documentar e analisar; c) caso representativo ou típico, em que o objetivo é capturar as circunstâncias e condições de uma situação lugar-comum ou do dia a dia; d) caso revelador, quando tem oportunidade de observar e analisar um fenômeno previamente inacessível à investigação científica; e) caso longitudinal, ao estudar o mesmo caso único em dois ou mais pontos diferentes no tempo. Para Yin (2005), há outras situações em que o estudo de caso único pode ser usado como caso piloto, que é o primeiro de um estudo de casos múltiplos.

O mesmo estudo de caso pode envolver mais de uma unidade de análise. Isso ocorre quando, dentro de um caso único, se dá atenção a uma subunidade ou a várias subunidades. Estas podem ser selecionadas através de técnicas de amostragem ou agrupamentos. Neste caso o

projeto resultante seria denominado projeto de estudo de caso incorporado (YIN, 2005).

Considerando a afirmativa de Yin (2005), que os estudos de caso podem incluir evidências quantitativas e qualitativas e o contraste entre elas não diferencia as várias estratégias de pesquisa, busquei, através deste estudo, o instrumental necessário para o entendimento qualitativo de como as bases teóricas da educação em enfermagem, do Curso de Graduação da UFPA, norteiam a práxis da enfermeira, suas transformações e contradições, para contribuir com o direcionamento das futuras relações de trabalho/educação, no contexto da Atenção Básica.

As questões de ordem teórica me levaram à necessidade de formular um plano de caráter explanatório e, na busca de reforçar o pressuposto da pesquisa, utilizei fontes documentais do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, além do referencial teórico de estudiosos sobre o tema.

Esta investigação, por suas características, foi considerada um estudo de caso incorporado, que envolve mais de uma unidade de análise, com o objetivo de desvelar as bases teóricas da educação em enfermagem e como estas norteiam a práxis da enfermeira na atenção básica de saúde.

5.2 CONTEXTOS E SUJEITOS DO ESTUDO

Considerando o papel fundamental dos Serviços de Saúde para desenvolver a competência da enfermeira no trabalho/educação, é que foquei este estudo em duas unidades de análise.

A primeira²⁵, o município de Bragança²⁶, no estado do Pará, com uma população de 102.232 habitantes e uma Rede Básica de Saúde composta por uma (1) Unidade Municipal de Saúde (UMS), nove (9) Unidades Estratégia Saúde da Família (ESF) e nove (9) Unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com vinte e duas (22) equipes atuantes, distribuídas em onze (11) bairros da região metropolitana da cidade.

A segunda²⁷, um Distrito de Saúde de Belém²⁸, capital do Estado,

²⁵ Escolhida por ser campo de prática de projeto de extensão do Curso de Enfermagem da UFPA e por concentrar em seu quadro de enfermeiros, que atuam na atenção básica, um número representativo de profissionais que se enquadram nos critérios de inclusão.

²⁶ Descrição sobre o município de Bragança - PA no Apêndice E.

²⁷ Escolhida por ser campo de prática do Curso de Enfermagem da UFPA.

denominado Distrito Administrativo do Guamá (D'AGUA)²⁹, que atende a uma população de 402.292 habitantes, através de uma Rede Básica de Saúde composta por cinco (5) Unidades Municipais de Saúde (UMS) e seis (6) Unidades Estratégia Saúde da Família (ESF), com treze (13) equipes da ESF e quatro (4) equipes de Saúde Bucal (ESB) atuantes. Vale ressaltar que o interesse pelas unidades de pesquisa se deu pelo fato de ambas fazerem parte do campo de prática dos alunos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, sendo a do município do interior do Estado na modalidade extensão.

O estudo foi desenvolvido com as enfermeiras lotados nos serviços de saúde que compõem a Rede Básica das duas unidades de análise e os critérios estabelecidos para a escolha dos participantes foram: que fossem egressos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA); que tivessem ingressado no Curso a partir do ano de 1998; que estivessem desenvolvendo suas atividades nas unidades que compõem o cenário da pesquisa e que se dispusessem a participar do estudo.

Vale ressaltar que a definição pelo ano de ingresso na graduação se deu pelo fato de, naquele ano, ter sido implementada uma nova estrutura curricular no Curso de Graduação em Enfermagem da UFPA, para cumprir o Parecer nº 314/94 e a Portaria MEC nº 1.721/94, que tratam do currículo mínimo para os cursos de graduação em enfermagem em nível nacional, recomendando o estudo voltado para a semiologia e semiotécnica da enfermagem, em que os alunos foram iniciados em disciplinas da área de Ciências Humanas, juntamente com as específicas da Enfermagem e as de Licenciatura Plena em Enfermagem desde o início do curso.

De uma população composta por trinta e cinco enfermeiras, a partir da relação nominal disponibilizada pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde, durante os meses de março e abril de 2009, a escolha das participantes foi feita pelos critérios de inclusão e após autorização das instâncias superiores de ambas as instituições. Vale informar que todas as enfermeiras que se enquadraram nos critérios de

²⁸ Descrição sobre o município de Belém - PA no Apêndice F.

²⁹ Criado pela Lei Municipal nº 7.682 de 5 de janeiro de 1994, juntamente com os Distrito Administrativo de Belém (DABEL); Distrito Administrativo do Entroncamento (DAENT); Distrito Administrativo de Icoaraci (DAICO); Distrito Administrativo de Mosqueiro (DAMOS); Distrito Administrativo do Outeiro (DAOUT); Distrito Administrativo do Bengui (DABEN); Distrito Administrativo da Sacramenta (DASAC).

inclusão aceitaram participar da pesquisa e a empatia entre entrevistador e entrevistadas foi imediata, provavelmente pelo contato anterior ocorrido durante o curso de graduação. É digno de nota, entretanto, que este contato anterior é fator limitante para o necessário estranhamento, por parte do entrevistador, no ato da coleta de dados.

As enfermeiras participantes do estudo apresentam as seguintes características: sete (7) são do sexo feminino e um (01) do sexo masculino; seis (06) moram no município do interior do Estado e dois (02) moram na capital do Estado; a menor idade é de vinte e dois (22) anos e a maior vinte e sete (27) anos; e uma (01) é casada.

Com relação à trajetória profissional, as enfermeiras concluíram o curso entre os anos de dois mil e seis (2006) e dois mil e oito (2008); o tempo de exercício profissional varia entre dois (02) anos e três (03) meses de trabalho; duas (02) entrevistadas encontram-se cursando especialização em Saúde Pública e três (03) são especialistas nas seguintes áreas: Acupuntura, Enfermagem Neonatal e Saúde Pública.

As enfermeiras da capital do Estado atuam nos serviços assim distribuídos: Unidade Básica de Saúde (UBS): uma (01) enfermeira; Unidade Estratégia Saúde da Família (ESF): uma (01) enfermeira. No município do interior do Estado, a lotação é a seguinte: Unidades Estratégia Saúde da Família (ESF)/ Área Rural: duas (02) enfermeiras; Unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde/ Área Rural: duas (02) enfermeiras; Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade do Programa de Agentes Comunitários de Saúde/ Área Rural: uma (01) enfermeira; Unidade Básica de Saúde (UBS): uma (01) enfermeira.

5.3 COLETA E REGISTRO DOS DADOS

As técnicas de coleta de dados para um estudo de caso podem ser agrupadas em seis fontes distintas. São elas: a) utilização de documentos; b) registros em arquivo, c) entrevistas; d) observação direta; e) observação participante; e f) artefatos físicos (YIN, 2005). Nesta pesquisa optei pelos métodos de Entrevista e Utilização de Documentos.

A entrevista é considerada por Yin (2005) uma das mais importantes fontes de informação para um estudo de caso, desde que o entrevistador observe as seguintes questões: a) seguir sua própria linha de investigação, como reflexo do protocolo de seu estudo de caso; e b) fazer as questões reais, de uma forma não tendenciosa, que também atenda às necessidades de sua linha de investigação.

O supracitado autor sugere ao entrevistador três formas de

conduzir as entrevistas: a) de forma espontânea, em que podem ser indagados tanto os fatos relacionados a um assunto quanto pedir a opinião dos respondentes sobre determinados eventos; b) de forma focada, em que o respondente é entrevistado por um curto período de tempo. Neste caso, as entrevistas ainda são espontâneas e assumem o caráter informal, mas seguirão um conjunto de perguntas que se originam do protocolo de estudo de caso; c) através de questões estruturadas, sob a forma de um levantamento formal. Esse tipo de condução produz, em geral, dados quantitativos como parte das evidências do estudo de caso.

A entrevista, neste estudo, foi conduzida de forma focada, seguindo um conjunto de temas norteadores, mas permitindo que os entrevistados se expressassem de forma espontânea sobre o tema proposto, sem condições pré-estabelecidas. Utilizei como norteadores os seguintes temas: a) a dimensão da práxis; b) a dimensão da práxis educativa; c) a dimensão da educação formal para a práxis profissional; e d) a consciência das enfermeiras e o nível de práxis das ações educativas.

O processo de entrevistas teve início no município do interior do Estado, em um segundo retorno, exclusivamente para este fim, quando já haviam sido feitos todos os contatos necessários, por meio de reuniões, em momentos distintos, com o Secretário Municipal de Saúde, coordenação da Atenção Básica e enfermeiras, quando ocorreram todos os esclarecimentos e autorizações para que estes pudessem participar da pesquisa.

O processo na capital do Estado se deu inicialmente com a autorização da Secretária Municipal de Saúde e da coordenação da Atenção Básica do município, que, após todos os esclarecimentos relativos aos objetivos do estudo, disponibilizaram a relação das enfermeiras lotadas no Distrito de Saúde (unidade de análise), a fim de que fossem identificados os que se enquadravam nos critérios de escolha das participantes. As entrevistas, realizadas após o encerramento dos trabalhos no primeiro município, foram precedidas pelo contato telefônico e encontro presencial com as enfermeiras participantes, quando foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, a concordância de participação e o apazamento de datas posteriores para sua realização.

As entrevistas foram realizadas em ambientes distintos, locais de trabalho ou nas residências, em horários de disponibilidade das enfermeiras, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (Apêndice A) e da autorização para a gravação, por parte dos entrevistados, bem como pela garantia, por parte do entrevistador, do sigilo e da confidencialidade das informações proporcionadas. O tempo variou de quarenta e cinco minutos (45”) a uma hora e cinco minutos (1: 05 h) de duração. Os participantes do estudo foram identificados por codinomes da mitologia grega, a saber: Afrodite, Ares, Ásia, Dóris, Eléctra, Euríbia, Réia e Téia.

O protocolo de entrevista (Apêndice B) era composto de quatro itens. O primeiro continha uma visão geral sobre o estudo, tais como a pergunta de pesquisa, o objetivo do estudo e o marco teórico que embasou o estudo. O segundo item referia-se aos procedimentos de coletas de dados, tais como local, data, tempo de entrevista e observações necessárias. O terceiro item continha os dados de identificação da entrevistada referentes a informações pessoais e à trajetória profissional, tais como: naturalidade, idade, ano de conclusão do curso de graduação, titulação acadêmica, unidade de trabalho, turno de trabalho e tempo de trabalho na instituição. O quarto item referia-se às questões centrais que nortearam a condução das entrevistas: a dimensão da práxis; a dimensão da práxis educativa; a dimensão da educação formal para a práxis profissional; e a consciência das enfermeiras e o nível de práxis das ações educativas.

No ato da entrevista as explicações foram gravadas, para posteriormente serem transcritas, lidas, analisadas e encaminhadas às enfermeiras, acompanhadas das dúvidas que surgiram durante o processo de transcrição e análise inicial. Após a devolução do material, com os esclarecimentos e autorização para que pudesse ser utilizado, foi iniciado o processo de análise. Vale registrar que o número de sujeitos do estudo representou a totalidade das enfermeiras lotadas nas duas unidades de análises, enquadrados nos critérios de inclusão propostos.

No processo de análise de documentos (Apêndice C), foram consultados os cinquenta Planos de Ensino das disciplinas, contidas na matriz curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPA, que embasaram a formação das enfermeiras entrevistadas. Este procedimento ocorreu durante a análise dos dados, de acordo com as necessidades sentidas ao longo do processo. Ressalte-se que os documentos foram manipulados com a devida autorização do Conselho da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Yin (2005), não importa qual a estratégia analítica

específica escolhida para o estudo de caso, o fundamental é a certeza de uma análise de alta qualidade. Para tanto, é necessário que o pesquisador considere todas as evidências, exiba e apresente as evidências separadas de qualquer interpretação e demonstre um interesse adequado para explorar interpretações alternativas.

Sugere que cada estudo de caso deva ter uma estratégia analítica geral, estabelecendo prioridades do que deve e por que deve ser analisado, para posteriormente optar pelo procedimento analítico que irá utilizar ao analisar os dados da pesquisa. Exemplifica três estratégias, que são: a) baseando-se em proposições teóricas, é a estratégia preferida, pois segue as proposições teóricas que levaram ao estudo de caso; b) pensando sobre explanações concorrentes, que tenta definir e testar explanações concorrentes e é útil ao se fazer avaliações através de estudo de caso; c) desenvolvendo uma descrição de caso, em que se desenvolve uma estrutura descritiva, a fim de organizar o estudo de caso.

A estratégia analítica geral utilizada neste estudo foi baseada em proposições teóricas da educação em enfermagem e da práxis da enfermeira na atenção básica, pois, como refere Yin (2005, p. 140),

Os objetivos e o projeto originais do estudo basearam-se, presumivelmente, em proposições como essas, que, por sua vez, refletiram o conjunto de questões da pesquisa, as revisões feitas na literatura sobre o assunto e as novas proposições ou hipóteses que possam surgir.

Como procedimento analítico, utilizei a estratégia analítica de Strauss e Corbin, segundo os quais alguns pesquisadores usam técnicas para gerar teorias, outros para fazer descrições muito úteis ou ordenamento conceitual. “Não apenas nossas técnicas e procedimentos analíticos são usados de forma diferente por diferentes pesquisadores, como também a metodologia encontrou seu caminho [...]” (STRAUSS E CORBIN, 2008, p. 22). Além desses autores, tomei como base as afirmativas de Peshkin (1993) de que a construção de teoria não é, e nem deve ser, a meta de todos os projetos de pesquisa.

Como procedimento analítico, a estratégia de Strauss e Corbin (2008) propõe o ordenamento conceitual, que é a organização de dados em um esquema classificatório, por categoria ou por classificação, segundo as suas propriedades e suas dimensões, seguido de descrições para elucidar as categorias.

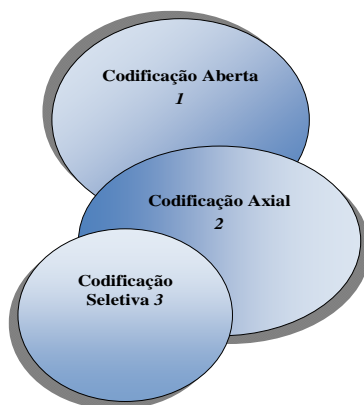
5.4.1 Codificação dos dados

A codificação é o processo em que os dados são divididos, conceitualizados e inter-relacionados e compreende a totalidade dos elementos que, para atingir os propósitos da pesquisa, precisam estar conectados entre si.

Apesar de não tratar-se de um processo rígido e linear, a codificação requer do pesquisador sensibilidade, flexibilidade e criatividade para apreender os significados e estabelecer relações entre conceitos. Esta característica, necessária ao pesquisador, significa, para Strauss e Corbin (2008, p. 56), “ter discernimento e ser capaz de dar sentido aos fatos e acontecimentos dos dados. Isso significa conseguir ver além do óbvio para descobrir o novo. Essa qualidade do pesquisador ocorre enquanto ele trabalha com os dados, faz comparações [...]”

O processo de codificação é composto por Strauss e Corbin (2008) em três fases distintas, mas complementares entre si, quais sejam: a) codificação aberta; b) codificação axial; e c) codificação seletiva.

Neste estudo de caso utilizou-se somente a codificação aberta e a codificação axial, pois nesse procedimento analítico o objetivo da codificação seletiva é integrar as categorias e refinar a teoria, portanto não se enquadrando neste estudo.



Fonte: Processo de codificação segundo Strauss e Corbin (2008).

Figura 1: Fases do processo de codificação

No processo de codificação dos dados, as entrevistas realizadas com as oito (08) enfermeiras foram transcritas e examinadas linha por linha, recortando as unidades de análises para, posteriormente, ser feita a codificação substantiva dos dados, por meio da codificação aberta e codificação axial, conforme os exemplos que se seguem:

TRANSCRIÇÃO BRUTA	UNIDADE DE ANÁLISE
Eu faço uma diferença. Eu fui técnica, então, dá pra eu perceber essa diferença. Quando eu era técnica, eu fazia tudo mecanicamente, eu não sabia exatamente por que a gente estava fazendo tudo aquilo. Por exemplo: quando eu estava aplicando uma vacina, por que eu não usava o álcool no algodão? Eu não sabia, eu só sabia que não tinha que usar o álcool. Aí, depois que você está na Universidade, que tem todo o conhecimento científico, você já vai entender que se passar o álcool, quando eu for colocar a agulha, pode perder o efeito da vacina em contato com o álcool... Essas coisas. (ELÉCTRA)	...dá pra eu perceber essa diferença. Quando eu era técnica, eu fazia tudo mecanicamente, eu não sabia exatamente por que a gente estava fazendo tudo aquilo. (ELÉCTRA) ...depois que você está na Universidade, que tem todo o conhecimento científico, você já vai entender. (ELÉCTRA)

Quadro 3: Exemplo do processo de codificação aberta

Na primeira fase, codificação aberta, os dados foram analisados minuciosamente, examinados, comparados em suas similaridades e diferenças, sendo feitos os questionamentos sobre o fenômeno emergente, a fim de construir códigos.

UNIDADE DE ANÁLISE	CÓDIGO
...dá pra eu perceber essa diferença. Quando eu era técnica, eu fazia tudo mecanicamente, eu não sabia exatamente por que a gente estava fazendo tudo aquilo. (ELÉCTRA)	- Fazendo a diferença entre a prática realizada de forma mecânica e a práxis, embasada no conhecimento científico.
...depois que você está na Universidade, que tem todo o conhecimento científico, você já vai entender. (ELÉCTRA)	- Atribuindo à sua formação acadêmica o avanço ocorrido na sua prática profissional.

Quadro 4: Exemplo do processo de codificação aberta

Na segunda fase, codificação axial, os códigos construídos na fase anterior foram relacionados e agrupados de tal forma a permitir conexões que identificassem subcategorias, ainda mais abstratas e abrangentes.

CÓDIGO	SUBCATEGORIA
-Fazendo a diferença entre a prática realizada de forma mecânica e a práxis, embasada no conhecimento científico. - Atribuindo à sua formação acadêmica o avanço ocorrido na sua prática profissional.	Contribuições do conhecimento científico para o profissional e sua prática.

Quadro 5: Exemplo do processo de codificação axial

Ainda na segunda fase, codificação axial, as subcategorias foram integradas e definidas de tal modo que permitissem descobrir a categoria central.

SUBCATEGORIA	CATEGORIA CENTRAL
Contribuições do conhecimento científico para o profissional e sua prática.	A EDUCAÇÃO FORMAL COMO BASE DA PRÁXIS DE ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Quadro 6: Exemplo do processo de codificação axial

Durante o estudo minucioso dos dados, vários questionamentos surgiram e foram fundamentais para o resultado final do processo de análise. Dentre outras, questões como - Este dado refere-se ao estudo? O que representa este dado para o objeto do estudo? Qual a relação deste dado com os demais conceitos? Qual categoria pode emergir dessas subcategorias? - contribuíram para o refinamento de uma série de informações, que culminaram em *cinco categorias de análise*, quais sejam: *O modelo pedagógico na educação formal e seus reflexos na formação de enfermeiras; A articulação ensino-serviço e seus reflexos na formação de enfermeiras; A educação formal como base da prática de enfermeiras na atenção básica; Aprender e ensinar no cotidiano do trabalho; Razões e dificuldades para o desenvolvimento das ações educativas na prática de enfermeiras na atenção básica*, conforme demonstram as figuras a seguir:

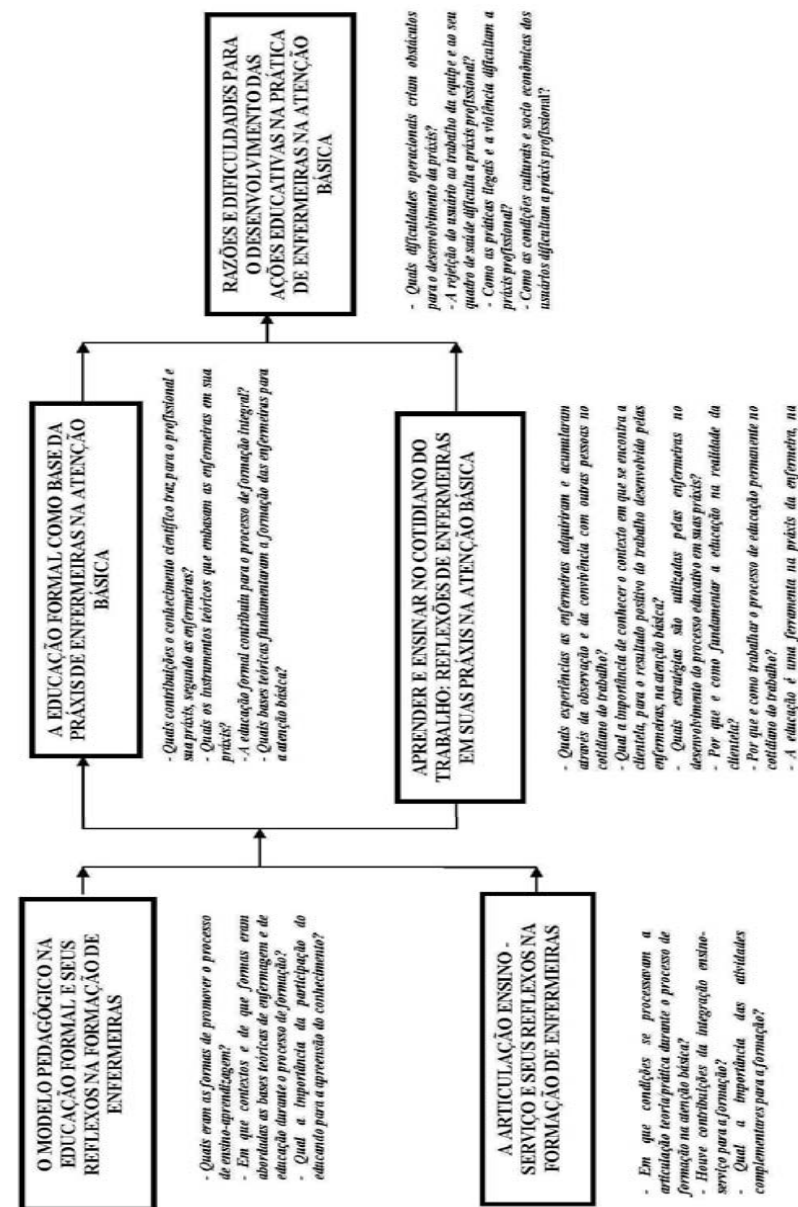


Figura 2: Categorias e elaboração das subcategorias de análise

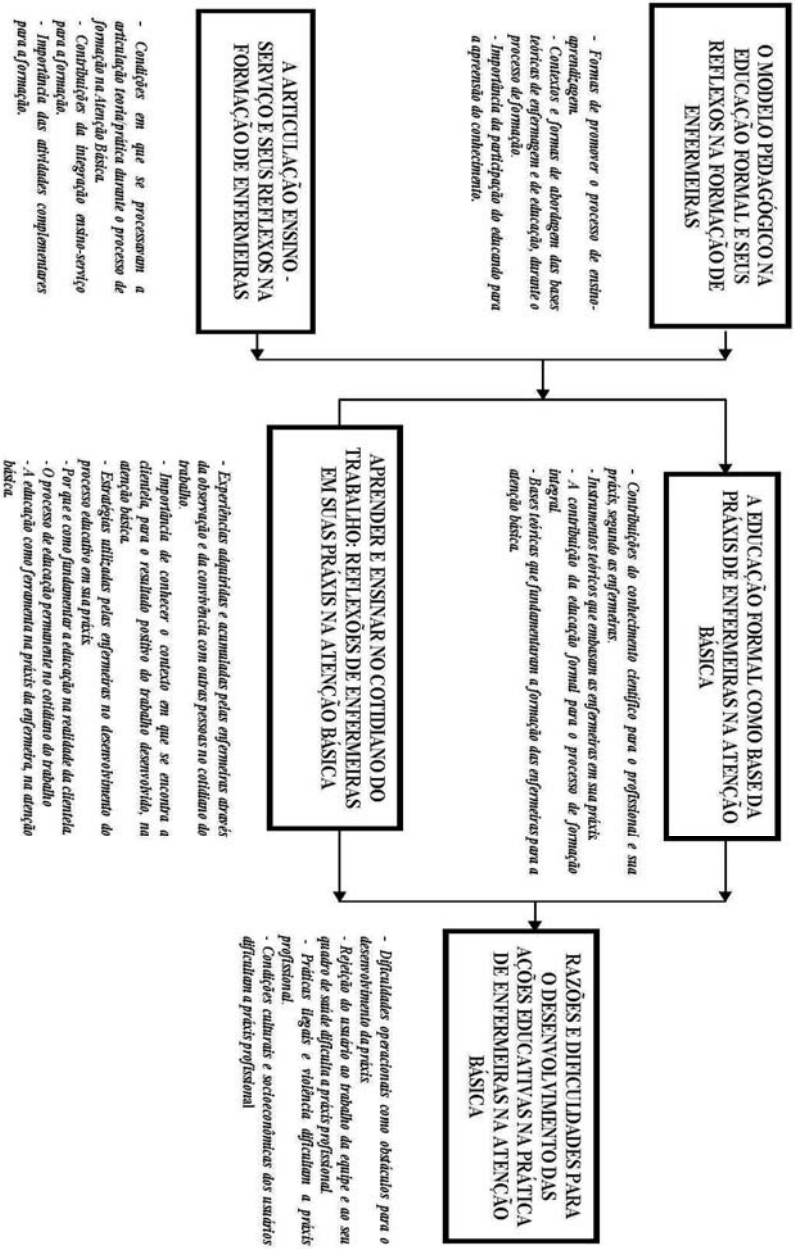


Figura 3: Categorias e subcategorias de análise

5.5 QUESTÕES ÉTICAS DO ESTUDO

Antes de iniciar a coleta dos dados, seguindo as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas – CONEP, presentes na resolução do CNS 196/96 e Capítulo IV da Resolução 251/97, o projeto de pesquisa passou por aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, Projeto nº 287/08 (Anexo A). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado, sendo garantido o anonimato e desistência a qualquer tempo sem prejuízo ao participante.

Os Princípios da Bioética

José Roberto Goldim (2009) refere que o Relatório Belmont, publicado em 1978, utiliza como referencial para as suas considerações éticas, a respeito da adequação das pesquisas realizadas em seres humanos, três princípios básicos: o respeito às pessoas, a beneficência e a justiça. Neste relatório foi, pela primeira vez, estabelecido o uso sistemático de princípios na abordagem de dilemas bioéticos, seguindo a tradição norte-americana já proposta por William Frankena em seu livro *Ética*.

Respeito Às Pessoas

O Princípio do Respeito à Pessoa é central na Bioética. Tem algumas características que o compõem, tais como a privacidade, a veracidade e a autonomia. Esse princípio recebeu diferentes denominações, quais sejam: princípio do respeito às pessoas, princípio do consentimento ou princípio da autonomia, de acordo com diferentes autores em diferentes épocas. A utilização deste conceito básico assume perspectivas diferenciadas, desde as mais individualistas até as que inserem o indivíduo no grupo social (Goldim, 2009).

Consta no Relatório Belmont (2009) que a autonomia incorpora, pelo menos, duas convicções éticas: a primeira que os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos, e a segunda que as pessoas com autonomia diminuída devem ser protegidas. Desta forma, divide-se em duas exigências morais separadas: a exigência do reconhecimento da autonomia e a exigência de proteger aqueles com autonomia reduzida.

[...] rebatizei o “princípio da autonomia” como o “princípio do consentimen-to” para indicar melhor que o que está em jogo não é algum valor possuído pela autonomia ou pela liberdade, mas o reconhecimento de que a autoridade moral

secular deriva do consentimento dos envolvidos em um empreendimento comum (GOLDIM, 2009).

A Beneficência

O Princípio da Beneficência é o que estabelece que devam fazer o bem aos outros, independentemente de desejá-lo ou não. É importante distinguir estes três conceitos. Beneficência é fazer o bem, Benevolência é desejar o bem e Benemerência é merecer o bem.

Muitos autores propõem que o Princípio da Não-maleficência é um elemento do Princípio da Beneficência. Deixar de causar o mal intencional a uma pessoa é já fazer o bem para este indivíduo. Alguns denominam de beneficência positiva e negativa (GOLDIM, 2007).

O Princípio da Beneficência não nos diz como distribuir o bem e o mal. Só nos manda promover o primeiro e evitar o segundo. Quando se manifestam exigências conflitantes, o mais que ele pode fazer é aconselhar-nos a conseguir a maior porção possível de bem em relação ao mal... (FRANKENA APUD GOLDIM, 2009).

O Relatório Belmont segue a mesma tendência do pensamento de Frankena, isto é, inclui a Não-Maleficência como parte da Beneficência. Estabelece que duas regras gerais possam ser formuladas como expressões complementares de uma ação benéfica: a) não causar o mal e b) maximizar os benefícios possíveis e minimizar os danos possíveis.

A Justiça

Constam nesse Relatório as seguintes ponderações a respeito do princípio da justiça:

quem deve receber os **benefícios** da pesquisa e os **riscos** que ela acarreta? Esta é uma questão de justiça, no sentido de “distribuição justa” ou “o que é merecido”. Uma injustiça ocorre quando um benefício que uma pessoa merece é negado sem uma boa razão, ou quando algum encargo lhe é imposto indevidamente. Outra maneira de conceber o Princípio da Justiça é que os iguais devem ser tratados igualmente. Entretanto esta proposição necessita uma explicação. Quem é igual e quem é não-igual? Quais considerações justificam afastar-se da distribuição igual? Existem muitas formulações amplamente aceitas de como distribuir os benefícios e os encargos. Cada uma delas faz alusão a algumas propriedades relevantes sobre as quais os benefícios e encargos devam ser distribuídos.

Constam ainda as propostas de que:

- 1) a cada pessoa uma parte igual;
- 2) a cada pessoa de acordo com a sua necessidade;
- 3) a cada pessoa de acordo com o seu esforço individual;
- 4) a cada pessoa de acordo com a sua contribuição à sociedade;
- 5) a cada pessoa de acordo com o seu mérito.

CAPÍTULO VI

Os manuscritos estão apresentados de acordo com as instrução aos autores dos periódicos, com adaptações na apresentação gráfica, para atender as normas de apresentação gráfica para Teses e Dissertações, conforme disposto no Guia Rápido para Diagramação de Trabalhos Acadêmicos, da Universidade Federal de Santa Catarina

6.1 MANUSCRITO 1 - O MODELO PEDAGÓGICO NA EDUCAÇÃO FORMAL E SEUS REFLEXOS NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS

Manuscrito a ser submetido à Revista Índice de Enfermeria, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo B). A Carta de Submissão e a Declaração de Transferência dos Diretos Autorais encontram-se no Anexo C.

O MODELO PEDAGÓGICO NA EDUCAÇÃO FORMAL E SEUS REFLEXOS NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS³⁰

MODELO PEDAGÓGICO EN LA EDUCACIÓN FORMAL Y LA FORMACIÓN EN SUS REFLEXIONES DE ENFERMERAS

PEDAGOGICAL MODEL IN FORMAL EDUCATION AND TRAINING IN THEIR REFLECTIONS OF NURSES

Márcia Maria Bragança Lopes

Enfermeira, Mestre, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil.
Doutoranda da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Marta Lenise do Prado

Enfermeira, Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

Correspondência: Márcia Maria Bragança Lopes. Rua Bernal do Couto 420/1102, Bairro Umarizal, Belém, Pará, Brasil, Cep 66055080

³⁰ Este estudo é parte da Tese de Doutorado, desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

MODELO PEDAGÓGICO NA EDUCAÇÃO FORMAL E SEUS REFLEXOS NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS

MODELO PEDAGÓGICO EN LA EDUCACIÓN FORMAL Y LA FORMACIÓN EN SUS REFLEXIONES DE ENFERMERAS

PEDAGOGICAL MODEL IN FORMAL EDUCATION AND TRAINING IN THEIR REFLECTIONS OF NURSES

Resumo: Este artigo buscou desvelar como o modelo pedagógico na educação formal promove o processo ensino-aprendizagem e como se reproduz na formação da Enfermeira na Atenção Básica de Saúde. A estratégia de pesquisa foi estudo de caso, baseado em provas qualitativas, focado em duas unidades de análise; os sujeitos foram 8 enfermeiras egressas de uma IFES; as técnicas foram a entrevista e a utilização de documentos; o procedimento analítico se deu através da estratégia analítica de Strauss e Corbin. Os dados obtidos resultaram na categoria: O Modelo Pedagógico na Educação Formal e seus reflexos na Formação de Enfermeiras. Em relação à formação das enfermeiras, trata-se de um processo complexo, dependente da participação do docente e do discente, como também da interconexão entre o ensino e o serviço.

Palavras-chave: enfermagem, atenção básica de saúde, educação em enfermagem

Resumen: En este artículo se trató de revelar cómo el modelo pedagógico en la educación formal promueve el proceso enseñanza-aprendizaje y su impacto en la formación de enfermería en la atención primaria de salud. La estrategia de investigación utilizado fue el estudio de caso sobre la base de evidencias cualitativas, y se centró en dos unidades de análisis, los sujetos eran 8 enfermeras a graduarse en la IFES, las técnicas utilizados fueron entrevistas y la utilización de documentos, el procedimiento analítico se procesan através de estrategia analítica de Strauss e Corbin. Los datos se resultaran em la categoría: el modelo pedagógico en la educación formal y su impacto en la formación de enfermeras. En cuanto a la formación de enfermeras, es un proceso complejo, dependiente de la co-participación de los profesores y estudiantes, así como la interconexión entre la educación y el servicio.

Palabras claves: enfermería, atención primaria, educación en enfermería

Abstract: This article sought to reveal how the pedagogical model in formal education promotes the teaching-learning process and its impact on the Nursing formation in Primary Health attention. The research strategy used was the case study based on qualitative evidences, focused on two units' analysis, the subjects were 8 nurses graduating from IFES; the techniques used were interviews and the use of documents, the analytical procedure was processed analytical strategy of Strauss and Corbin. The data resulted in the category: The Pedagogical Model in Formal Education and its impact on Nurses Training. Regarding the nurses training, it is a complex process, dependent on the co-participation of teachers and students, as well as the interconnection between education and service.

Keywords: nursing, primary care, nursing education

Contextualização da Educação na Enfermagem

Em um contexto de profundas mudanças advindas da globalização capitalista, encontram-se os paradigmas da educação e neles a formação da Enfermagem que, como prática forjada historicamente em uma sociedade concreta, tem no ser humano e seu contexto o sujeito do exercício profissional, onde aplica, produz e difunde seu conhecimento. Nesse contexto, a educação tem o papel desafiador de contribuir na sua transformação e recriação.

Entretanto partimos da premissa de que existem obstáculos no interior dos modelos pedagógicos que podem afetar o processo de formação, consequentemente a melhoria da prática de saúde e, para que haja uma mudança efetiva desta prática, torna-se imprescindível um repensar contínuo no educar, fazendo deste uma ferramenta efetiva de transformação e recriação do homem.

No Brasil, normativas do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde fomentaram a reorientação dos currículos de graduação, visando à integração de conteúdos específicos da área da saúde com os da área de humanas. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem determinaram que os novos currículos deveriam estar fundamentados na necessidade de formar profissionais aptos a aprender a aprender e comprometidos com o enfrentamento dos problemas da sociedade, centrados no aluno, articulados entre teoria e prática, tendo a saúde como condição de vida e considerando a interpenetração e a transversalidade.

Desse modo, considerando esse contexto de profundas mudanças

nos modelos de formação, este estudo, que teve como suporte teórico-filosófico os níveis de práxis preconizados por Adolfo Sánchez Vázquez e a educação libertadora de Paulo Freire, objetivou *desvelar como o modelo pedagógico na educação formal promove o processo ensino-aprendizagem e quais seus reflexos na formação da Enfermeira na Atenção Básica de Saúde*.

Percurso Metodológico

A estratégia de pesquisa foi o estudo de caso baseado em provas qualitativas, que se refere a uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real.¹ Focamos este estudo em duas unidades de análise, em um Estado da Região Norte do Brasil. A primeira, um município do interior do estado, com uma Rede Básica de Saúde composta por uma Unidade Municipal de Saúde, nove Unidades Estratégia Saúde da Família e nove Unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A segunda, um Distrito de Saúde da capital do Estado, com uma Rede Básica de Saúde composta por cinco Unidades Municipais de Saúde e seis Unidades Estratégia Saúde da Família.

O estudo foi desenvolvido com oito enfermeiras lotadas nos serviços e os critérios estabelecidos para a inclusão das participantes foram: egressas do Curso de Enfermagem da Instituição Federal de Ensino Superior existente no Estado, que tivessem ingressado no Curso a partir do ano de 1998 e se dispusessem a participar do estudo.

Para a coleta de dados foram utilizadas as técnicas de Entrevista e Análise de Documentos. A entrevista foi conduzida de forma focada, seguindo um conjunto de temas norteadores. No ato da entrevista as explanações foram gravadas, posteriormente transcritas. Também foram consultados os Planos de Ensino das disciplinas, com a devida autorização do Conselho da Faculdade de Enfermagem da IFES. Como procedimento analítico, utilizamos o proposto por Strauss e Corbin^{2,3}, recortando as unidades de análises e procedendo a codificação substantiva dos dados, através das codificações aberta e axial.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Processo n. 287/08). As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado, sendo garantido o anonimato e a desistência a qualquer tempo sem prejuízo às participantes.

Apresentação e discussão dos Resultados

Os resultados obtidos por meio da análise apontaram três

subcategorias, que estão descritas a seguir:

Formas de promover o processo de ensino-aprendizagem

O homem está “programado” para aprender, tem a permanente sensação de incompletude e, por conseguinte, uma busca incessante pelo aprendizado. Esta característica advém da constatação que ele próprio realiza de sua “desumanização”, sobretudo ao se perguntar sobre a possibilidade da “humanização” e é explicada pela inconclusão do homem e pelo seu permanente movimento de busca.⁴

O autor defendeu a luta pela humanização, pelo trabalho livre, pela desalienação e pela afirmação do homem como pessoa, pois, mesmo sendo, a “desumanização”, um fato concreto na história, não é o destino do homem, mas, sim, o resultado de uma “ordem” injusta, que gera a violência dos opressores. Sugere como estratégia para libertar o homem dos seus opressores, para a emancipação e sua humanização, a educação problematizadora, a pedagogia libertadora, se contrapondo à educação bancária ou pedagogia bancária.

As perspectivas de mudanças advindas de um mundo globalizado, que requer profissionais conscientes de suas responsabilidades sociais e profissionais, foi uma das causas da redefinição dos projetos pedagógicos dos cursos (PPC) de enfermagem, pois com o novo paradigma que se impõe, representado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, os PPC's passam a consubstanciar a educação como fenômeno político e social que se propõe a contribuir na formação de cidadãos engajados na luta por sociedade mais justa, digna, igualitária e solidária.⁵

Neste contexto da educação como fenômeno político e social, o papel dos projetos pedagógicos, como instrumentos norteadores, se completa com o do educador, que passa a estabelecer uma relação dialógica com o aluno.⁶ Vale refletir, entretanto, sobre a preparação desse educador, que necessita do exercício da prática reflexiva para estimular o aluno ao exercício da pergunta, pois agora passa a “oportunizar” experiências aos alunos, capazes de despertar a atitude investigativa necessária, para fundamentar sua intervenção na realidade.

Todavia, nessas falas algumas enfermeiras manifestam que o processo de ensino-aprendizagem ainda se deu de forma tradicional:

Nós vivenciamos isso, mas [...], as pessoas ficam um pouco com um pé atrás, por que... , quando você está meio concentrado ali, que tem que ler alguma coisa, você acaba não prestando atenção no que a outra

pessoa está falando, aí, então, o professor preferia, às vezes, ir para o quadro. (AFRODITE)

Era mais repasse [...] não havia [...], uma troca 100%. Era mais exposição oral ou transparência [...] (DÓRIS)

Era mais a gente [...], a professora passava de uma forma mais tradicional para a gente e quando a gente ia demonstrar a ação, era diferenciado. (EURÍBIA)

Embora tenham ocorrido mudanças profundas nas instituições formadoras, na forma como concebem e operacionalizam o ensino-aprendizagem, que trouxe em seu bojo inovações científicas e tecnológicas, novos protocolos, estratégias, procedimentos, diversidade de abordagens de investigação, ainda identifica-se fortemente presente o modelo educacional explicativo, especialmente dirigido à formação de mão de obra para o mercado de trabalho⁶.

Essa modalidade de ensino, denominada de ensino convencional, tem como objetivo a acomodação, a aceitação e adaptação às situações sociais.⁶ Possui características que o equivalem à educação bancária⁴, com papéis bastante delimitados do “professor” e do “aluno”, sendo aquele a autoridade catequizadora, e este o sujeito passivo que recebe os conhecimentos.

Objetivando possibilidades de mudanças no formato do ensino tradicional, somos favoráveis à postura do docente que busca compreender a sua ação pedagógica e o seu papel no processo educativo, “reconhecendo as demandas e os requerimentos que determinam nosso modo de ser e agir”.⁶

Por outro lado se evidenciam, também, tentativas de mudança, sendo utilizadas diferentes metodologias de ensino, variando de acordo com a postura do docente:

Eu acho que foi meio equilibrado [as metodologias usadas pelos professores]. Tinha esse repasse de informação, mas tinham essas trocas, também. Essas discussões. (AFRODITE)

Os professores, às vezes, alguns orientavam. “olha, vocês fazem dinâmica no final”. Outros não, era um [...] seminário. (ÁSIA)

Depende muito de professor [a abordagem metodológica]. Tem professor que caprichava, levava slides, que criava. A gente estudava, assim, legal. Têm outros, também, que ficavam mais na exposição, mais cansativo, muito na rotina, naquela coisa, assim, de exposição. (DÓRIS)

Era exposição oral, a maioria. No processo educativo a gente fazia teatrinho, fantoche, essas coisas também. (EURÍBIA)

Analisando as falas das entrevistadas, identificamos posturas de

acomodação frente ao processo educativo, demonstrando um aparente objetivo de mudança, sem, entretanto, assumir a sua “politicidade”.

O perfil do educador identificado no que foi expresso pelas enfermeiras nos remete ao ensino denominado de progressista⁶, em que a sala de aula é o lugar da aprendizagem que objetiva mudança, sem, entretanto, alterar a ordem estabelecida, com uma postura pacificadora, principalmente àqueles que protestam. O papel do educador é paternalista, decisório e diretivo e o do educando é deixar-se conduzir, memorizar e participar do processo de forma limitada.

Nesse sentido, refletindo sobre o perfil identificado, questionamos se tal postura não resulta do fato de a enfermagem ter sido fortemente marcada pelo ensino centrado no aspecto instrumental, no qual a racionalidade determina o modo de educar. É indiscutível a necessidade de reposicionamento, entretanto esta atitude requer o reconhecimento de que houve mudanças e com elas veio a motivação para executar novas práticas pedagógicas.

Isso pode ser visto nas falas a seguir, nas quais as enfermeiras enfatizaram a importância das metodologias participativas para o seu aprendizado:

Tinha muita discussão, debate [as metodologias usadas]. Professor que chegava e separava os grupos para a gente ler um determinado artigo e discutir, fazer debate no grupo. (AFRODITE)

Eu me lembro das aulas, quando a gente fazia seminários, sentia que os professores davam liberdade para nós sermos criativos. Eu me lembro de uma palestra que fizemos [...], tinham vários temas e cada grupo ficava livre para desenvolver. Teve gente que fez teatro, gente que fez maquete. A gente tinha liberdade. Isso eu sentia mais liberdade na parte de Fundamentos de Enfermagem [antigo departamento do Curso de Enfermagem]. Agora, nas Integradas [antigo departamento do Curso de Enfermagem], foi mais uma postura científica, uma coisa mais formal. Na parte das integradas [antigo departamento do Curso de Enfermagem] eu senti mais falta disso, apesar de que tinham seminários e que a gente procurava fazer uma coisa diferente e no final trabalhar dinâmica de grupo. (ÁSIA)

Palestras a gente via, em sala de aula tinha todo um preparo. Aprender a fazer os cartazes, os álbuns seriados. Nisso, eu acho que a gente foi muito bem preparada. (EURÍBIA)

Até por ser licenciatura, também, quando a gente estava no MULTICAMPI³¹ [...] íamos fazer palestra [...], preparávamos álbum seriado, preparávamos cartazes [...], e elas [as alunas dos outros cursos da área de saúde] ficavam ali beiradas sabe? “onde vocês aprenderam a fazer isso?” Eu acho que a Universidade, na questão da licenciatura e de usar esses recursos, até na atenção básica, foi muito boa. (EURÍBIA)

A gente treinava na sala de aula [...], montava um álbum seriado, avaliado pela professora e, aí, depois, a gente ia fazer na unidade de saúde. (EURÍBIA)

[...] Quando era questão de DST/AIDS, por exemplo, a gente mostrava os preservativos, pedia para demonstrarem se aprenderam o que a gente tinha falado. Depois, na hora das perguntas elas participavam bastante. Isso era na fila das mulheres que estavam esperando PCCU e Pré-natal, todas estavam sentadas e a gente aproveitava, botava o cavalete lá, e começava. (EURÍBIA)

Esta subcategoria mostra, com destaque, a importância que as metodologias participativas tiveram na educação formal e evidencia o amadurecimento profissional oportunizado por essas práticas educativas, na visão das entrevistadas. Demonstra que, ao longo do processo de formação, as enfermeiras tiveram oportunidade de exercitar diferentes metodologias através de linguagens gráfica, visual e oral, desenvolvendo sua competência comunicativa.

O posicionamento das entrevistadas frente aos resultados positivos que as metodologias participativas representaram na sua formação vem corroborar as discussões teóricas sobre o tema, de que são fundamentais para o processo ensino-aprendizagem, a fim de que os educandos possam desenvolver suas capacidades cognitivas, habilidades e atitudes, sendo inseridos em um processo educativo permanente. Entretanto vale salientar que o processo de ensino-aprendizagem pressupõe a participação construtiva do educando e a intervenção do educador, para, dentre outras, selecionar esses conteúdos específicos, e é nessa perspectiva que descrevemos as competências necessárias ao docente crítico-criativo:

“organizar e dirigir situações de aprendizagem; administrar a progressão das aprendizagens; conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação; envolver os alunos na

³¹ MULTICAMPI SAÚDE: projeto de extensão da Universidade Federal do Pará, que se realiza em municípios do interior do estado, direcionado aos estudantes da área de saúde.

aprendizagem, conscientizando-os de sua reestruturação de compreensão do mundo; aprender e ensinar a trabalhar junto; dominar e fazer uso das tecnologias disponíveis no seu tempo; vivenciar e superar conflitos éticos da profissão e administrar sua formação contínua e permanente; e administrar sua própria formação como um processo contínuo”.⁶

Contextos e formas de abordagem das bases teóricas de enfermagem e de educação, durante o processo de formação

Como características humanas, a consciência e a atividade estão em permanente consonância e acompanham o homem em seu processo de humanização, de produção de si mesmo. Estas características permitem que, em qualquer nível, mesmo estando alienado, afastado do conhecimento, o homem continue sendo um ser consciente, ativo, capaz de se autoproduzir e produzir o mundo, portanto capaz de superar a alienação.⁷

A educação como formação está intrinsecamente ligada à existência humana e é expressa na linguagem, na cultura, na complexidade da vida social e na própria história do homem. É próprio do ser humano o aprender, e características como a curiosidade, a indagação e a imaginação são estímulos à busca permanente do aprendizado.

Neste contexto, a curiosidade e a necessidade de saber são universais, entretanto a forma como esta necessidade é atendida não o é. Ela é histórica, política, ideológica e cultural.⁸

As enfermeiras manifestaram-se sobre as formas e contextos em que foram abordadas as bases teóricas de enfermagem e de educação, durante os seus processos de formação, como pode ser observado nos relatos:

Na educação em saúde [disciplina educação e saúde] eu acho que sim [eram realizadas discussões sobre teóricos da educação], mas Paulo Freire foi discutido na licenciatura, [..]. (ÁSIA)

O pessoal da área de educação trazia muita leitura para a gente. Tinham várias professoras lá que gostavam muito de trazer discussões também [...], tinha professor que dava legal. Tinha professora que trouxe um texto, da águia e da galinha, uma coisa assim [...], aquela metáfora, o quê que a gente poderia jogar no dia a dia. (DÓRIS)

A gente estudou assim: Introdução de Enfermagem tinha todas as teorias, da Vanda Horta [...] a gente passou a estudar a NANDA na

parte hospitalar. (RÉIA)

Os teóricos da Educação. Piaget, Vygotsky [foram trabalhados nas disciplinas da licenciatura]. (RÉIA)

Analisando os depoimentos, observamos que as entrevistadas enfatizam as disciplinas Educação em Saúde e Introdução à Enfermagem, ambas relacionadas ao Bacharelado em Enfermagem, e as disciplinas pertinentes à capacitação pedagógica do licenciado pleno, Licenciatura em Enfermagem, como as que fizeram abordagens relativas a referenciais educativos de Enfermagem e/ou de Educação, em seus conteúdos programáticos.

Os conteúdos do currículo⁹ que embasaram a formação das enfermeiras entrevistadas eram ministrados através de 50 disciplinas, divididas em 15 de conteúdos básicos, 07 de conteúdos da licenciatura plena e 28 de conteúdos profissionais, sendo 13 fundamentais e 15 clínicos, conforme constatado, através da análise da matriz curricular que norteou a formação dessas enfermeiras. As abordagens sobre referenciais educativos de Enfermagem e/ou de Educação estão contidas nos Planos de Curso de três disciplinas fundamentais e quatro da licenciatura plena em Enfermagem.

Qualquer reflexão que se pretenda fazer a respeito das escolhas de conteúdos programáticos contidos em áreas ou disciplinas de uma matriz curricular reporta, obrigatoriamente, a retomar a concepção de educação e o seu papel crítico, dirigido à tomada de decisões e à responsabilidade social e política. Assim, as escolhas são sempre baseadas em conhecimentos prévios, em princípios e realidades vivenciadas, como referenciais do perfil profissional que se quer formar, pois a “ação educativa é uma ação política, e precisamos optar entre adaptar os indivíduos à ordem existente ou instrumentalizá-los para a transformação social que se requer”.⁶

Neste contexto, está a importância da construção coletiva e democrática de um projeto pedagógico, que atenda às questões técnicas e políticas, em que cada área ou disciplina busque ser a tradução real dos pressupostos políticos e dos princípios que sustentam a proposta de reorientação curricular pensada coletivamente.

O projeto pedagógico é um ato intencional, que objetiva a organização de um trabalho pedagógico viável, desde que seja construído a partir das finalidades do ambiente educacional.¹⁰ É considerado o instrumento mais eficaz na reorganização de uma instituição educacional, já que é através dele que a descentralização de poder é efetivada, pois as decisões necessitam ser tomadas em conjunto.

Tanto na concepção quanto na execução de um projeto

pedagógico, alguns parâmetros configuram sua qualidade. São as características desejáveis a um projeto de qualidade: emergir da realidade; ser exequível, prevendo as condições necessárias para o seu desenvolvimento e avaliação; instrumentalizar a ação articulada entre todos os envolvidos e a realidade que os envolve; e ser construído continuamente, por tratar-se de um processo.

Analizando a complexidade do processo de organização de uma matriz curricular e tomando como base que esta reflete as ações e reflexões produzidas pelos interesses político-pedagógicos, pessoais e da coletividade na qual está inserida a instituição, concluímos que a distribuição dos conteúdos sobre os referenciais educativos de Enfermagem e de Educação que, em uma primeira aproximação, pareceram insuficientes, foi feita adequadamente, particularmente por estarem contidas em disciplinas de conteúdos fundamentais da formação da enfermeira e específicos da licenciatura em enfermagem.

Importância da participação do educando para a apreensão do conhecimento

Partindo do pressuposto de que educar é contribuir com a transformação do homem para fazê-lo sujeito da história e de que conviver e criar fazem parte deste processo, reportamo-nos às concepções de que não há educação verdadeira quando imposta, visto que a educação não é um processo de adaptação do indivíduo à sociedade e que, portanto, o indivíduo deve participar e transformar a sua realidade, sendo sujeito e não objeto de sua própria educação⁸.

Nesse contexto está a importância do diálogo, da participação e da ação-reflexão-ação no processo educativo, denominado de educação problematizadora, pedagogia libertadora, pois liberta o homem e o encaminha para a sua emancipação e humanização.⁴

Diálogo é a comunicação verdadeira entre os homens, é ação e reflexão através da palavra, que pode ser transformadora, desvelar a realidade e servir de instrumento de releitura coletiva desta realidade, onde acontece a relação entre os homens. Vislumbramos no diálogo a oportunidade da troca de experiências e ideias, de conhecer o saber de cada cidadão e ter a oportunidade de fazer e refazer, de criar e recriar.

Concebemos a participação como parte inerente do processo dinâmico de aprender do homem, que oportuniza o pensar, agir, vencer os desafios e aproveitar as oportunidades, ou seja, estar inserido no contexto onde ele próprio está situado. A participação é processo, por

ser permanente, inacabada e insuficiente; e é histórica, que se expressa no cotidiano como forma de unir-se à dinâmica das relações sociais, em busca de objetivos comuns.

Vemos a ação-reflexão-ação como um componente do processo, em que o homem tem a capacidade de pensar, agir, refletir e, dessa forma, comprometer-se, pois, como ser autônomo, possui a vocação ontológica para ser sujeito e não objeto.¹¹

Na subcategoria relativa à importância da participação do educando para a apreensão do conhecimento, as entrevistadas responderam:

Tudo [conteúdo] o que foi passado para a gente em sala de aula [...], eu acho que teve muito [conteúdo]. Os alunos que prestavam atenção, conscientes do que estava sendo passado [...], sem dúvida, é muito válido [...] (AFRODITE)

Durante os cinco anos de graduação, eu tentei absorver ao máximo a conceituação, as teorias de enfermagem, a questão do cuidar. (ÁSIA)

Eu acho que a universidade sempre incentivou [...], essas questões [...], porque ela deu um embasamento muito bom. Eu acho que aqueles que souberam aproveitar aquilo que ela oferecia, foi muito válido. Deu para absorver. (EURÍBIA)

As enfermeiras reconhecem que o nível de participação em seu processo de formação tem implicações diretas em sua práxis:

Foi uma rotina cansativa [a da academia], porque eu tive várias dificuldades no meio do caminho. Perdi meu pai, tive que trabalhar, então, não deu para me dedicar [...], integralmente, dentro da Universidade. Tive que trabalhar [...], fazendo estágio [...]. trabalhar no hospital pela [...], [Secretaria Estadual de Saúde] e à noite eu ia para a aula, então era uma vida assim, muito corrida. Às vezes a gente acabava não estudando o que deveria estudar, integralmente. (DÓRIS)

Da parte da saúde pública, [...], a gente já tem que fazer mesmo, a responsabilidade é nossa, então, a gente tem que se virar, [...], tem que pesquisar, porque quando a gente estava na prática, [...], a gente olhava e observava os atendimentos a serem feitos. (TÉIA)

Quando estou em sala de aula, eu posso não prestar atenção no que o professor está falando porque tem o livro, que eu vou ler para fazer a prova, está tudo ali, amanhã eu esqueço como dizem: quem decora, não aprende. (TÉIA)

Esta subcategoria evidencia o quanto a participação do educando, no seu processo de formação, influencia em sua práxis profissional. São perceptíveis nas falas, daquelas que por motivos diversos assim não o

fizeram as dificuldades encontradas, particularmente no que se refere ao embasamento teórico para o desenvolvimento de sua práxis.

Cabe aqui buscar a definição de que “se os homens são aqueles seres da busca e se sua vocação ontológica é humanizar-se, podem, cedo ou tarde, perceber a contradição em que a “educação bancária” pretende mantê-los, e engajar-se na luta por sua libertação”.⁴ Esta pode ser a explicação para a percepção que possuem, hoje, os entrevistados, da necessidade do engajamento do educando em seu processo de formação.

A “educação bancária” se caracteriza pelas relações fundamentalmente narradoras, dissertadoras, que implicam necessariamente em um narrador, o professor, e um ouvinte, o educando.⁴ Neste contexto, o papel do educador seria decisivo como repassador de informações, fazendo com que os alunos, passiva e mecanicamente, memorizassem o conteúdo narrado.

Analizando as falas das entrevistadas chegamos a um resultado, que nos permitimos aqui expressar, de que para a educação ultrapassar as características de uma “educação bancária”, chegando à educação problematizadora, a predisposição a mudanças tem que partir de ambos, educador e educando, que são verdadeiramente agentes ativos no processo.

Conclusão

Em relação à formação das enfermeiras ficou explícito que se trata de um processo complexo, dependente da participação do docente e do discente, como também da interconexão entre o ensino e o serviço.

Foram identificadas variadas modalidades de ensino, desde o modelo educacional explicativo até as metodologias participativas. Consideramos essa característica como parte do processo de transição para a mudança pelo qual vêm passando as instituições educacionais, na forma como concebem e operacionalizam o ensino-aprendizagem.

O estudo deixou expresso, também, que a postura assumida durante a formação reflete sobremaneira na práxis profissional e que a busca pelo embasamento científico algumas vezes se faz importante a partir da necessidade sentida já na atividade profissional. Nesse particular, registramos que os homens são seres da busca e como sua vocação ontológica é humanizar-se, cedo ou tarde percebem a necessidade de engajar-se na luta por sua libertação através do conhecimento.⁴

Referências

- 1 Yin RK. Estudo de caso. Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005 (3ª ed.).
- 2 Peshkin A. The goodness of qualitative research. *Education Research*. 1993;22(2):23-29.
- 3 Strauss A, Corbin J. Pesquisa Qualitativa. Técnicas e Procedimentos para o Desenvolvimento de Teoria Fundamentada. Porto Alegre: ARTMED, 2008 (2ª ed.).
- 4 Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006 (21ª ed.).
- 5 Lopes Neto D, Teixeira E, Vale EGV, Cunha FS, Xavier IM, Fernandes JD. Um olhar sobre as avaliações de Cursos de Graduação em Enfermagem *Rev Bras Enferm*. 2008;61(1):46-53.
- 6 Reibnitz KS, Prado ML. Inovação e Educação em Enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura; 2006.
- 7 Vázquez AS. Filosofia da Práxis. Tradução: Luiz Fernando Cardoso. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990 (3ª ed.).
- 8 Freire P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007 (30ª ed.).
- 9 Universidade Federal do Pará. Estrutura Curricular do Curso de Enfermagem. 1998 – 2004.
- 10 Bahia CCM, Rocha GOR. A formação do pedagogo no Brasil: o movimento de reorientação curricular proposto pelo Conselho Nacional de Educação a partir da lei 9.131/95. Trabalho de conclusão de curso, Graduação em Pedagogia, Universidade Federal do Pará, 2007.
- 11 Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Moraes, 1980 (3ª ed.).

6.2 MANUSCRITO 2 - A ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E SEUS REFLEXOS NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS

Manuscrito a ser submetido à Revista Texto&Contexto Enfermagem, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo D). A Carta de Submissão e a Declaração de Transferência dos Diretos Autorais encontram-se no Anexo E.

**A ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E SEUS REFLEXOS NA
FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS³²**

**A RELATIONSHIP EDUCATION - SOCIAL AND ITS
REFLECTIONS ON THE FORMATION OF NURSES**

**RELACIÓN A LA EDUCACIÓN - CIENCIAS SOCIALES Y SUS
REFLEXIONES SOBRE LA FORMACIÓN DE LAS
ENFERMERAS**

Márcia Maria Bragança Lopes³³, Marta Lenise do Prado³⁴

Endereço para correspondência:

Márcia Maria Bragança Lopes

Rua Bernal do Couto 420/1102

Bairro Umarizal

66055-080 Belém - Pará

Fone/Fax: (91) 3201-6809

E-mail: mmb1@ufpa.br

³² Este estudo é parte da Tese de Doutorado, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

³³ Enfermeira, Mestre, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Modalidade DINTER UFSC/UFPA, da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

³⁴ Enfermeira, Doutora em Filosofia da Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

A ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E SEUS REFLEXOS NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS

A RELATIONSHIP EDUCATION - SOCIAL AND ITS REFLECTIONS ON THE FORMATION OF NURSES

RELACIÓN A LA EDUCACIÓN - CIENCIAS SOCIALES Y SUS REFLEXIONES SOBRE LA FORMACIÓN DE LAS ENFERMERAS

RESUMO: Este artigo buscou desvelar as condições em que se processavam a articulação teoria/prática e qual a contribuição do ensino-serviço para a formação da Enfermeira na Atenção Básica de Saúde. A estratégia de pesquisa foi estudo de caso, baseado em provas qualitativas, focado em duas unidades de análise; os sujeitos foram 8 enfermeiras egressas de uma IFES; as técnicas foram a entrevista e a utilização de documentos; o procedimento analítico se deu através da estratégia analítica de Strauss e Corbin. Os dados obtidos resultaram na categoria: A articulação ensino-serviço e seus reflexos na formação de enfermeiras. Ainda que considerando as dificuldades relatadas pelas enfermeiras, na articulação ensino-serviço, esta representou ganhos para ambas as partes, visto que estimulou a criatividade e propiciou autonomia ao discente, assim como a comunidade foi beneficiada com as atividades acadêmicas, especialmente às relacionadas à educação em saúde.

Palavras-chave: ensino, atenção básica, educação em enfermagem.

ABSTRACT: This article sought to reveal the conditions in which the relationship between theory and practice was processed and the contribution of the teaching-service for the Nursing formation o in Primary Health. The research strategy used was case study based on qualitative evidences, focused on two units of analysis, the subjects were 8 nurses graduating from IFES, the techniques used were interviews and the use of documents, the analytical procedure came through an analytical strategy of Strauss and Corbin. The data resulted in the category: The Joint Education - Service and its reflections in nursing education. Even considering the difficulties reported by the nurses in the teaching-service, this represented gains for both parties, as encouraged creativity and allowed autonomy to the students and the

community has benefited from the academic activities, especially those related to health education.

Keywords: education, primary care, nursing education.

RESUMEN: En este artículo se trató de revelar las condiciones en que la relación entre la teoría y la práctica fue procesada y la contribución de la docencia-servicio para la formación de enfermería en Atención Primaria. La estrategia de investigación utilizada fue el estudio de caso sobre la base de evidencias cualitativas, y se centró en dos unidades de análisis, los sujetos eran 8 enfermeras a graduarse en la IFES, las técnicas utilizados fueron entrevistas y la utilización de documentos, el procedimiento analítico se vino a través de una estrategia de análisis de Strauss y Corbin. Los datos resultaran en la categoría: la educación en común - Servicio y sus reflejos en la educación de enfermería. Aun teniendo en cuenta las dificultades señaladas por las enfermeras en la docencia-servicio, este aumento representa para ambas partes, tal como se fomenta la creatividad y la autonomía permite a los estudiantes y la comunidad ha benefited de las actividades académicas, especialmente las relacionadas con la educación sanitaria.

Palabras clave: educación, atención primaria, la educación de enfermería

INTRODUÇÃO

A formação da enfermeira ao longo de sua história teve influência do modelo biomédico, fortemente marcado pelos fatores biológicos como as causas das doenças e determinado pelo modo exclusivamente médico de tratá-las, caracterizado pela visão médica tradicional.¹

Como um modelo que considera as doenças como coisas de existência concreta, relacionadas à pessoa, portanto fixa e imutável, e que se expressam pelos sinais e sintomas que devem ser buscados no organismo humano e ser tratados através de intervenções concretas, o modelo biomédico ignora aquela que deve ser a categoria central da prática de saúde: os problemas do ser humano, que envolvem uma série de questões as quais escapam ao biológico, pois se referem, também, aos segmentos psicológicos, culturais e sociais.¹

As propostas de solução que atualmente são colocadas, através das Diretrizes Curriculares Nacionais, visando à mudança efetiva desse modelo assistencial, consideram que o redirecionamento nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Graduação são fundamentais, pois torna-se necessário um repensar no modelo de educar, particularmente no que se

refere à aproximação do ensino ao serviço, da teoria com a prática das ações de saúde.

Nessa perspectiva, a Educação em Enfermagem, por meio de Projetos Pedagógicos contemporâneos, apresenta-se como uma das estratégias que podem contribuir para a superação do modelo biomédico, considerando que estes Projetos devam trabalhar com referenciais estratégicos para as mudanças nas práticas ainda hoje vigentes em todos os níveis de atenção do Sistema de Saúde.

A aproximação do ensino ao serviço, através da formação profissional centrada na realidade, é vislumbrada como estratégia dessa transformação com o seguinte questionamento “[...]; se educar exige apreensão da realidade, não para adaptação, mas para a transformação, para a intervenção e recriação dessa realidade, o que significa educar para o cuidado de enfermagem?”^{2:297}

Parte da resposta pode estar nas mudanças do processo ensino-aprendizagem, estimulador da articulação entre teoria e prática, através da integração ensino-serviço e de atividades complementares, que representam um fator diferencial no processo de formação do educando, indo ao encontro da afirmativa “a ação de enfermagem precisa ancorar suas práticas no cenário da sua realidade, construindo conhecimento e gerando as transformações que se fazem necessárias a partir das situações vivenciadas no cotidiano”.^{3:30}

No processo de amadurecimento e de eleição do tema em questão, percebemos que sua relevância está focada na prática educativa de formação da enfermeira, sendo necessário escutá-lo, para posteriormente decodificar seu “pensar”. Baseado nesta perspectiva, o objetivo deste estudo, que teve como suporte teórico-filosófico os níveis de práxis preconizados por Adolfo Sánchez Vázquez e a educação libertadora de Paulo Freire, foi *desvelar as condições em que se processa a articulação teoria/prática e qual a contribuição do ensino-serviço para a formação da Enfermeira na Atenção Básica de Saúde.*

PERCURSO METODOLÓGICO

A estratégia de pesquisa foi o estudo de caso baseado em provas qualitativas, considerado como uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real.⁴

Focamos este estudo em duas unidades de análise, em um Estado da Região Norte. A primeira, um município do interior do estado, com uma Rede Básica de Saúde composta por uma Unidade Municipal de

Saúde, nove Unidades Estratégia Saúde da Família e nove Unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A segunda, um Distrito de Saúde da capital do Estado, com uma Rede Básica de Saúde composta por cinco Unidades Municipais de Saúde e seis Unidades Estratégia Saúde da Família.

O estudo foi desenvolvido com enfermeiras lotadas nos serviços e os critérios estabelecidos para a inclusão das participantes foram: egressas do Curso de Enfermagem da Instituição Federal de Ensino Superior existente no Estado, que tivessem ingressado no Curso a partir do ano de 1998 e se dispusessem a participar do estudo.

Optamos pelas técnicas de Entrevista e Análise de Documentos. A entrevista foi conduzida de forma focada, seguindo um conjunto de temas norteadores.

No ato da entrevista as explanações foram gravadas, posteriormente transcritas, lidas, e, com a autorização das enfermeiras, foi iniciada a análise.

Foram consultados os Planos de Ensino das disciplinas, com a devida autorização do Conselho da Faculdade de Enfermagem da IFES.

Como procedimento analítico, utilizamos o proposto por Strauss e Corbin^{5,6}, de acordo com o qual, por meio do processo de codificação dos dados, as entrevistas foram transcritas e examinadas, recortando as unidades de análises e feita a codificação substantiva dos dados, através das codificações aberta e axial.

Antes de iniciar a coleta dos dados, o projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado, sendo garantido o anonimato e desistência a qualquer tempo sem prejuízo às participantes.

RESULTADOS

Os dados obtidos resultaram nas subcategorias descritas a seguir:

Condições em que se processavam a articulação teoria/prática durante o processo de formação na Atenção Básica

Ao refletirmos sobre a articulação entre teoria e prática, buscamos a certeza da necessidade desta, na afirmativa “Só uma teoria que veja seu próprio âmbito como um limite que deve ser transcendido, mediante sua vinculação consciente com a prática, pode apresentar suas relações com esta, atendendo a uma dupla – e indissolúvel – exigência teórica e prática”.^{7:118}

No contexto aqui analisado, consideramos que o docente, ao inserir-se no processo de ensinar/aprender, deve saber mostrar, saber refletir e orientar sua prática em conhecimentos, habilidades e atitudes, transformando-a em ação reflexiva e oportunizando a si e ao aluno o processo ação-reflexão-ação.

Na subcategoria relativa às condições de articulação entre teoria e prática no processo de formação, a enfermeira se expressou conforme a fala: *Teve a parte da saúde pública. A gente teve uma atividade [...], eu lembro, numa escola, lá no [...]. Eu com um grupo. Pensando, por exemplo, que a gente ia trabalhar com criança,[...] naquela faixa etária, a gente tinha que trabalhar dessa forma, que o desenvolvimento seria assim. A gente já foi pensando nisso [associando a realidade com a teoria discutida em sala de aula], aí, então, deu certo. A gente ia associando por nós mesmas. (RÉIA)*

Ao analisar o relato da enfermeira entrevistada, consideramos o que foi exemplificado como uma educação em saúde, numa abordagem reflexiva, em que os próprios sujeitos refletem sobre suas práticas. Percebemos o docente como um incentivador das formas de pensar e agir do educando, transmitindo-lhe responsabilidade e entusiasmo no desenvolvimento do exercício da prática.

Nas últimas décadas houve uma notável reorientação do discurso oficial sobre educação em saúde, atualmente vinculada, dentre outras, à reflexão crítica sobre a realidade.⁸ Neste contexto, deve estar inserida, também, a formação emancipatória e transformadora do educando, na busca de aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser.⁹

As enfermeiras manifestaram, também, as dificuldades de articulação entre teoria e prática em seu processo de formação: *A gente se baseava só no nosso conhecimento, que tinha adquirido nas orientações dos professores, mas, aí, o professor orientava e a gente só observava. (ARES)*

Teoria, a gente deu uma boa teoria, as professoras explicavam passo a passo, o problema é que na prática é um pouquinho diferente [infraestrutura da prática]. (TÉIA)

Faltou, realmente faltou mais [articulação entre teoria e prática]. A gente via na teoria, na prática a gente tinha que aprender. Na teoria a gente aprendia o conhecimento que tinha sobre aquele assunto, o conhecimento técnico. Na prática, era um conhecimento prático. (ARES)

Na Introdução à Enfermagem a gente estudou a teoria e foi para a prática fazer a consulta, mas nem sempre relembando aquelas teorias. Não houve muita associação. (RÉIA)

Não é que não tenha relação, mas, assim, alguns [professores] não enfatizavam muito esta ligação entre teoria e prática, até porque algumas matérias que eram teóricas, não eram os mesmos professores na prática, então, tinha coisa que a gente via na teoria que não tinha oportunidade de ver na prática e tinha coisa que apareciam na prática que não tinham sido vistas na teoria. (TÉIA)

Ao examinar as falas, identificamos características da abordagem tradicional. A passividade dos educandos explicitada na fala da entrevistada determina a perspectiva de ensino parcial, considerando que, dessa forma, os educandos não avançam além daquilo que observam, porque a ação reflexiva envolve intuição, emoção e não somente um conjunto de técnicas que possa ser preparado, repassado e reproduzido³⁵.

Vale atentar para um dos relatos, em que há passividade do educando, contrária à abordagem prático-reflexiva, que deve gerar conhecimento prático, a partir de investigações produzidas na teoria, validado na própria prática e fundamentado na reflexão. Desta feita, reportamo-nos ao papel da prática no conhecimento, como critério de sua verdade, visto que “é na prática que o homem deve demonstrar a verdade, isto é, a realidade e o poder, o caráter terreno de seu pensamento”.^{7:155}

Ainda nesta subcategoria, as enfermeiras manifestaram sugestões para superar as dificuldades de articulação entre teoria e prática, ocorridas durante o seu processo de formação:

A gente não conseguia fazer isso [articular a teoria com a prática], mas, quando o orientador[...] sugere isso, o aluno consegue[...] E vai melhorando. Eu peguei a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e achei que seria bom trabalhar. (RÉIA)

Se tivesse uma associação maior, que, por exemplo, a gente vai para licenciatura e faz. Quando voltar para a saúde pública, a gente estar discutindo, seria bom, melhoraria. (RÉIA)

Ficaria mais fácil na hora que a gente tivesse na prática, ficaria bem mais fácil [...], eu acharia importante que fosse o mesmo professor, tanto da teoria quanto da prática, porque o ponto de vista do que está na teoria é diferente do que está na prática, então, fica meio

³⁵ Gerald L. Dificuldades de aprendizagem da matemática. 2003 (mimeo).

complicado. (TÉIA)

Quando a gente está na sala de aula é ministrada uma coisa, quando a gente vai para a prática aparecem outras, do mesmo assunto! Então, fica um pouco complicado. Se fosse o mesmo professor, aí ele lembraria. (TÉIA)

As enfermeiras evidenciam como essencial e fundamental o papel do educador como intermediador do processo de articulação entre teoria e prática, concepções que vão ao encontro da afirmativa de que “o professor como “ser crítico” nas suas ações de pesquisa no campo educacional tem o compromisso de desencadear mudanças efetivas na prática que realiza; transformações ocorridas especialmente no âmbito cognitivo, que levam os sujeitos a superarem a dicotomia entre teoria e prática, além da tradicional relação sujeito-objeto” .^{10:186}

Contribuições da integração ensino-serviço para a formação

Considerando que os conteúdos essenciais para a formação da enfermeira devam estar relacionados com o processo saúde-doença, no âmbito individual, familiar e comunitário e integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando integralidade das ações do cuidar em enfermagem, o lócus da formação deve concentrar-se no Sistema Único de Saúde (SUS), em cada uma de suas instâncias, que cumprem funções específicas, mas são articuladas entre si.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem têm o papel norteador das Instituições de Ensino Superior, na formação cidadã e profissional da enfermeira,¹¹ além de destacarem a importância dos cenários de práticas, com ênfase no SUS e na realidade local/regional, para a construção do conhecimento, sobre o processo saúde-doença, nos diferentes ciclos da vida.

Para além da formação profissional, podemos vislumbrar como fruto da integração entre o ensino e o serviço a aproximação dos órgãos formadores à comunidade, pois, juntos, academia e serviço devem manter uma relação democrática com a população e, particularmente, as universidades têm a oportunidade de demonstrar sua relevância social.

A importância da integração ensino e serviço, na área da saúde, é reforçada pela afirmativa de que esta área “estabeleceu como elemento nuclear para a formação acadêmica dos egressos dos cursos de graduação,[...], a relação dialética entre saúde e educação superior, como geradora de um objeto relacional e indissociável.”^{11:35}

Na subcategoria relativa às contribuições da integração ensino-

serviço para a formação, pode ser evidenciado, em algumas falas, que houve contribuições durante suas permanências, como acadêmicas, no serviço: *A gente chegou a alguns momentos a fazer esse tipo de educação. Eram palestras, orientações à gestante. Em cima do que já existia a gente procurava fazer o nosso roteiro. Claro que a gente recebia, às vezes, orientação do professor para adaptar à realidade local, e, aí, a gente fazia essas palestras. (ARES)*

A gente pedia orientação [aos professores] no sentido do que se poderia estar usando, mas a gente procurava ser o mais criativo possível. (ÁSIA)

A gente trabalhava nas unidades de saúde, ia para a prática trabalhar palestras. (ÁSIA)

A gente fazia muita palestra sobre aleitamento materno. A gente pegava cartazes, escrevia um monte de coisas. Uma vez eu coloquei uma tira de cartolina, escrevi bem grande a pergunta: o que é aleitamento materno? Aí as pessoas liam e ficavam atentas na resposta [...], a gente respondia e eles [usuários], também, respondiam. (DÓRIS)

Eles [professores] diziam assim: tem que ser criativa, então a gente ia bolar alguma coisa diferente para fazer e a gente fazia dinâmica. (DÓRIS)

Tinha uma disciplina que a gente foi numa escola, [...] Tinha um PSF[...], do outro lado da ponte tinha uma escola e lá a gente fez ação educativa, a gente fez palestra. A gente aprendeu na universidade a fazer ação educativa. (ELÉCTRA)

A gente chegava lá, se desse, fazia uma palestrinha para todas as gestantes que estavam esperando, chamava de uma por uma, é aquela primeira consulta que é mais demorada. A gente seguia do jeito que a gente aprendeu aquela consulta detalhada. (EURÍBIA)

Educação em saúde, eu acho que nós fizemos muito. (EURÍBIA)

A aproximação ensino-serviço, a priori, objetiva integrar o discente à realidade social, para que busque, ativamente, a construção de seu conhecimento, para que os conhecimentos adquiridos possam ser colocados em prática, de forma eficaz e para que o processo educativo forneça os instrumentos necessários à mobilização desse conhecimento.

Consideramos como uma das ferramentas de mobilização do conhecimento a articulação entre a educação cidadã e solidária e o conjunto de competências e habilidades gerais e específicas, essenciais à formação profissional, capaz de problematizar e assumir desafios em defesa da melhoria da qualidade de vida da população.¹¹

No âmbito do serviço, a aproximação ao ensino pode representar a oportunidade de os profissionais que lá trabalham participarem

ativamente do processo de formação dos futuros profissionais e, em função disso, tornarem-se mais efetivos, integrados e sensíveis à realidade local e, dessa forma, mais comprometidos com as necessidades da população.

Por fim, a aproximação ensino-serviço pode trazer benefícios à população, na medida em que as ações desenvolvidas junto à comunidade contribuem para o acesso aos conhecimentos em saúde, ao fortalecimento da cidadania e da participação popular.

Apesar de reconhecerem a importância da integração ensino-serviço, que lhes oportunizou experiências na prática, as enfermeiras expuseram as dificuldades vivenciadas: *A gente não passou dois meses, a gente conseguiu passar um mês na saúde pública, e, num local vendo aquilo todo dia, acho que aí, sim, a gente vê realmente a rotina daquele serviço, qual é a realidade daquele lugar, as pessoas que frequentam, coletar os dados, realmente, epidemiológicos, aí você tem uma noção. Porque quando você passa pouco tempo, não tem como. (AFRODITE)*

A gente fica com medo, não tem como não ter, porque ver na teoria é uma coisa, é tudo muito lindo, mas na prática você não tem aqueles mesmos recursos que deveria ter. Então, a gente fica com um pouco de medo, fica um pouco insegura. (AFRODITE)

Infelizmente faltava um pouquinho mais da presença do profissional, [...] e, de qualquer forma, a gente tinha que desenrolar aquilo. (ARES)

O manual todo [usado como referência no atendimento] que, na prática, a gente via que não acontecia de fato aonde a gente ia aprender [o serviço não seguia uma sistematização]. (EURÍBLA)

Pulavam muitas coisas, não faziam o exame físico completo, não tinha sonnar, aí, não faziam [a equipe da unidade de saúde]. (EURÍBLA)

Eu lembro muito bem [...], pelos atropelos que tiveram e a gente tinha pouca oportunidade, porque eram seis alunos. (RÉIA)

Então, a gente chegava lá, já tinha um fazendo uma consulta, mas, aí, a gente ficava observando como era feito, eu anotava no meu caderninho como era a evolução, o que que eu tinha que observar e, a partir daí, a gente ia desenvolvendo. (RÉIA)

A gente tinha dificuldade de articular com tudo que a gente estudava, porque passava uma semana e praticamente eram as mesmas coisas, a gente não tinha oportunidade de ver coisas diferentes (TÉIA)

Eu fiz um parto. Era a maior guerra, porque tinha aluno de

medicina, aluno da Estadual [Universidade do Estado], aluno da Federal [Universidade Federal]. Eu confesso que se chegar um parto para fazer agora, eu não sei, eu fiz um na minha vida, há dois, três anos atrás. Não tem como, não é? (TEIA)

As próprias enfermeiras não apoiam os acadêmicos, [...], elas não chamam a gente para ensinar. Eu lembro perfeitamente que quando a gente estava na [...], deu o maior problema lá, porque a enfermeira não queria deixar a gente estagiar. O que aconteceu: a gente fez serviço de técnico [de enfermagem], ver a prescrição e dar remédios para as crianças. Foi o que a gente fez. Ela não deixou a gente evoluir, não deixou a gente fazer nada, mesmo com a professora lá. (TÉIA)

As deficiências estruturais dos serviços de saúde, campos de prática de todos os cursos da área ofertados por todas as instituições de ensino, podem limitar o potencial de formação dos futuros profissionais. Além disso, a concentração de discentes e docentes nos poucos serviços disponíveis dificulta a organização física e gerencial destes e limita o desenvolvimento de atividades práticas, fundamentais à construção do conhecimento.

Corroboramos a análise concernente aos problemas estruturais dos serviços de saúde e seus desdobramentos,¹² de que estes constituem um sistema imperfeito, onde as interações entre seus componentes não são harmoniosas nem coerentes, além de sofrerem influências dos interesses e contingências do ambiente social, cuja realidade é mutável e imprevisível. Da mesma forma, as pressões impostas pelo ambiente social em cada serviço, em particular, geram respostas quase sempre contrárias aos interesses coletivos, produzindo desequilíbrios no sistema.

Importância das atividades complementares para a formação

O processo de transformação, gerado pelas demandas da sociedade do conhecimento, vem exigindo, como perfil da profissional enfermeira, a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva e a qualificação para o exercício da Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual, pautada em princípios éticos.

Como parte integrante deste perfil está a capacidade de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença do seu cotidiano. Neste processo, as ações de enfermagem devem ancorar suas práticas nos cenários de sua realidade, construindo conhecimento e gerando transformações necessárias nas situações cotidianas.³

Assim concebendo, consideramos necessário que, de forma precoce, o educando deva integrar-se à realidade social e, com suporte

do processo educativo, conectado à pesquisa e à extensão, construa seu conhecimento levando em conta as peculiaridades do contexto em que vive e “aprende”.

Na sociedade atual, na qual a velocidade das transformações estabelece a necessidade permanente de atualização, mais do que em qualquer outro tempo, se fala no aprendizado ao longo da vida e a escola tem seu papel neste contexto que, “embora não determinante, é fundamental no processo de descoberta da importância e do gosto pelo conhecimento”.^{3:230}

Na subcategoria relativa à importância das atividades complementares para a sua formação, as enfermeiras manifestaram-se conforme as falas: *As minhas maiores experiência foram na saúde pública. Como acadêmica, eu fui para [...], no PROJETO MULTICAMPI SAÚDE³⁶. Os dois meses lá de experiência foram na atenção básica, no PSF. A gente teve na área hospitalar também, mas abrangeu mais o PSF e, também, eu fiz o estágio no Hospital [...] [Hospital Universitário], no Programa de Atenção ao Diabético e, também, no Hospital das Clínicas [Hospital Estadual], no Centro Cirúrgico. (ÁSLA)*

A questão de práticas poderia ser um pouco melhor, mas eu acho que quando eu vim para o PROJETO MULTICAMPI SAÚDE, que eu vivenciei dois meses, vivenciando a realidade mesmo, fez muita diferença, foi muito bom. (AFRODITE)

Foram três meses assim, como se fosse um intensivo. Coisa que a gente não tem oportunidade de ver em outros locais de prática, lá aprende mesmo, pois têm muitas oportunidades. (EURÍBIA)

Ao analisar o que foi expresso pelas enfermeiras, fica especialmente evidenciado que a participação em projetos de extensão e em estágios complementares proporcionou às entrevistadas a “vivência da realidade”, como fator diferencial no seu processo de formação.

A constatação que emergiu das falas nos leva à necessidade de trazer algumas reflexões relativas às mudanças nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação, partindo das considerações de que “a ação de enfermagem precisa estar coerente com o exercício crítico-reflexivo de reconstrução de seu próprio processo de trabalho, ancorando suas práticas no cenário da sua realidade, construindo conhecimento e

³⁶ MULTICAMPI SAÚDE: projeto de extensão da IFES, que se realiza em municípios do interior do estado, direcionado aos estudantes da área de saúde.

gerando as transformações que se fazem necessárias nas situações vivenciadas no seu cotidiano”^{3:30}.

CONCLUSÕES

Considerando que o Sistema Único da Saúde (SUS) tem o papel de contribuir com a formação de recursos humanos para a saúde, determinado pela Lei 8.080/90, em seu Art. 15, e ser o maior empregador dos profissionais na área da saúde, absorvendo 56% destes, segundo dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária – MAS/IBGE,¹³ podemos inferir que as mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde, “a priori”, objetivam atender às necessidades do SUS.

Julgamos que incluir nos currículos de enfermagem experiências que capacitem o aluno para o pensamento crítico, como as que foram relatadas pelas enfermeiras entrevistadas, oportuniza experiências amplas aos educandos, como as de vivenciar as conquistas e os desafios do SUS, o trabalho em equipe, a gestão, a atenção e educação em saúde, e o controle social.

Apesar das mudanças propostas e operacionalizadas na formação dos profissionais, ainda se observam posturas compatíveis com despreparo técnico, científico e político de alguns profissionais nos serviços de saúde, que creditamos como resquícios da formação direcionada ao modelo biomédico e práticas pedagógicas, como as classificadas de “ensino convencional e ensino progressista”, este, em formações mais recentes.^{3:30}

Por fim, consideramos que a articulação entre educação e trabalho, induzida através de atividades como a analisada nesta subcategoria, fomenta a aproximação entre os sujeitos dos dois segmentos, evidenciando as contradições e ressaltando a necessidade de atitudes reflexivas, sobre o significado e as implicações das práticas operacionalizadas no serviço³ e estimulando a capacidade de pensar, agir, refletir e comprometer-se como sujeito autônomo no processo.¹⁴

REFERÊNCIAS

- 1 Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Jr KR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2006 Oct-Dez; 11(4): 1093-1103.
- 2 Prado ML, Reibnitz KS, Gelbcke FL. Aprendendo a Cuidar: a sensibilidade como elemento plasmático para formação da profissional crítico-criativa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006 Abr-

Jun;15(2):296-302.

3 Reibnitz KS, Prado ML. Inovação e educação em enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura; 2006.

4 Yin RK. Estudo de caso. Planejamento e métodos. 3a. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

5 Peshkin A. The goodness of qualitative research. Education Research. 1993;22(2):23-29.

6 Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa. técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2a. ed. Porto Alegre: ARTMED; 2008.

7 Vázquez AS. Filosofia da Práxis. Tradução de Luiz Fernando Cardoso. 3a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1990.

8 Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad Saúde Pública 2005;21(1):200-206.

9 Delors J. Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo: UNESCO/MEC/Cortez Editora; 1999.

10 Kincheloe, Joe L. *A formação do professor como compromisso político. Mapeando o pós-moderno*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

11 Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

12 Medeiros CMB. Desafios dos sistemas de serviços em saúde: integração e redes no setor, Revista Textos de la CiberSociedad. 2008;16[on line] [acesso em 2009 Set 07]. Disponível em: <<http://www.cibersociedad.net>>

13 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 225 de 08 de maio de 1997: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, Brasília: MAS/IBGE; 2005.

14 Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Moraes; 1980.

6.3 MUNUSCRITO 3 - EDUCAÇÃO FORMAL COMO BASE DA PRÁXIS DE ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Manuscrito a ser submetido à Revista Brasileira de Enfermagem, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo F).

EDUCAÇÃO FORMAL COMO BASE DA PRÁXIS DE ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO BÁSICA³⁷

FORMAL EDUCATION AS A BASIS FOR PRACTICE NURSES IN PRIMARY CARE

EDUCACIÓN FORMAL COMO BASE PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Márcia Maria Bragança Lopes³⁸

Marta Lenise do Prado³⁹

Resumo: Este artigo buscou desvelar como a educação formal contribui para a práxis da enfermeira na atenção básica de saúde. A estratégia de pesquisa foi estudo de caso, baseado em provas qualitativas, focado em duas unidades de análise; os sujeitos foram 8 enfermeiras egressas de uma IFES; as técnicas foram a entrevista e a utilização de documentos; o procedimento analítico se deu através da estratégia analítica de Strauss e Corbin. Os dados obtidos resultaram na categoria: a educação formal como base da práxis de enfermeiras na atenção básica. O estudo mostrou que a utilização de roteiros predeterminados durante o atendimento é prática estabelecida desde a educação formal, e que esta pouco contribui para a mudança que se idealiza.

Palavras-chave: enfermagem, atenção básica, educação em enfermagem

Abstract: This article sought to reveal how the formal education contributes to the nursing practice in primary care. The research strategy used was the case study, based on qualitative evidences, focused on two units of analysis, the subjects were 8 nurses graduating from IFES; the

³⁷ Este estudo é parte da Tese de Doutorado, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

³⁸ Enfermeira, Mestre, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Endereço para contato: Rua Bernal do Couto 420/1102, Bairro Umarizal, Belém, Pará, Brasil, Cep 66055080; Fone/fax: (91) 3201-6809. E-mail: mmb1@ufpa.br

³⁹ Enfermeira, Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: mpradop@ccs.ufsc.br

techniques used were interviews and the use of documents, the analytical procedure was carried out through the analytical strategy of Strauss and Corbin. The data resulted in category: formal education as the basis of nursing practice in primary care. The study showed that the use of pre-determined scripts during the service is established from the formal education, and that this does little to change that it idealizes.

Keywords: nursing, primary care, nursing education

Resumen: En este artículo se trató de revelar las condiciones en que la relación entre la teoría y la práctica fue procesada y de la contribución de la docencia-servicio o para la formación de enfermería en atención primaria. La estrategia de investigación utilizado fue el estudio de caso sobre la base de evidencias cualitativas, y se centró en dos unidades de análisis, los sujetos eran 8 enfermeras a graduarse de la IFES, las técnicas utilizadas fueron entrevistas y la utilización de documentos, el procedimiento de análisis se llevó a cabo a través de la estrategia analítica de Strauss y Corbin. Los datos resultaron en la categoría: La educación en común - servicio y sus reflejos en la educación de enfermería. Al tener en cuenta las dificultades señaladas por las enfermeras en la docencia-servicio, este aumento se representa para ambas partes, tal como se fomenta la creatividad y la autonomía permite a los estudiantes y la comunidad ha beneficiado de las actividades académicas, especialmente las relacionadas con la educación sanitaria.

Palabras clave: educación, atención primaria, la educación de enfermería

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica, caracterizada pelas ações disponibilizadas no nível de Atenção Primária, tem na Enfermeira o suporte fundamental para a sua organização, por ser a história desta profissional fortemente marcada pelo compromisso com a Saúde Pública, ter grande capilaridade nesse nível de atenção e presença na maioria das ações de um contexto que, na atualidade, passa por transformações constantes, sendo a profissional mais requisitada para assumir papéis estratégicos na implantação das políticas de saúde⁽¹⁾.

Compreendemos que a Educação em Enfermagem, neste contexto, deva estar em consonância com as necessidades desse nível de atenção, com os elementos que o constituem e com seus determinantes estruturais, na busca de formar profissionais com o perfil desejado, primando pela crítica, pela criatividade e pelo compromisso com a realidade social, dessa forma podendo contribuir com os avanços do

sistema de saúde e, assim, fazer jus ao papel que representa na política de saúde.

Baseado nesta perspectiva, o objetivo deste estudo, que teve como suporte teórico-filosófico os níveis de práxis preconizados por Adolfo Sánchez Vázquez e a educação libertadora de Paulo Freire, foi *desvelar como a educação formal contribui para a práxis da enfermeira na atenção básica de saúde*.

PERCURSO METODOLÓGICO

A estratégia de pesquisa foi o estudo de caso baseado em provas qualitativas. O estudo de caso é considerado uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real⁽²⁾.

Focamos este estudo em duas unidades de análise, em um Estado da Região Norte. A primeira, um município do interior do estado, com uma Rede Básica de Saúde composta por uma Unidade Municipal de Saúde, nove Unidades Estratégia Saúde da Família e nove Unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A segunda, um Distrito de Saúde da capital do Estado, com uma Rede Básica de Saúde composta por cinco Unidades Municipais de Saúde e seis Unidades Estratégia Saúde da Família.

O estudo foi desenvolvido com enfermeiras lotadas nos serviços e os critérios estabelecidos para a escolha das participantes foram: egressas do Curso de Enfermagem da Instituição Federal de Ensino Superior existente no Estado, que tivessem ingressado no Curso a partir do ano de 1998 e se dispusessem a participar do estudo.

Optamos pelas técnicas da Entrevista e Análise de Documentos. A entrevista foi conduzida de forma focada, seguindo um conjunto de temas norteadores.

No ato da entrevista as explicações foram gravadas, posteriormente transcritas, lidas, e com a autorização das enfermeiras, foi iniciada a análise.

Foram consultados os Planos de Ensino das disciplinas, com a devida autorização do Conselho da Faculdade de Enfermagem da IFES.

Como procedimento analítico, utilizamos o proposto por Strauss e Corbin⁽³⁻⁴⁾, de acordo com o qual, através do processo de codificação dos dados, as entrevistas foram transcritas e examinadas, recortando as unidades de análises e feita a codificação substantiva dos dados, por meio das codificações aberta, axial.

Antes de iniciar a coleta dos dados, o projeto de pesquisa foi

apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado, sendo garantido o anonimato e desistência a qualquer tempo sem prejuízo às participantes.

RESULTADOS

Os dados obtidos resultaram nas subcategorias descritas a seguir:

Contribuições do conhecimento científico para o profissional e sua práxis, segundo as enfermeiras

A interação entre a prática e o conhecimento científico ou processo de conhecimento, se for considerado o conhecimento como algo inacabado, permite a superação da antítese entre a realidade do contexto a ser trabalhado e o resultado ideal que se busca ao desenvolver a práxis profissional, ou seja, ao converter a prática em atividade humana, pensada, fundamentada cientificamente, transformada em finalidade do conhecimento.

Em geral, quando se fala em prática, esta é associada ao ato da execução de procedimentos realizados a partir de técnicas materiais, considerando somente o objeto em si, um processo independente da atividade intrinsecamente humana que é o raciocínio, o conhecimento, portanto nem sempre atingindo o resultado ideal, que é a busca permanente da práxis, pois muitas vezes esse é dependente do contexto em que se insere o objeto.

Apesar de etimologicamente a expressão ideal reportar às palavras idealismo e contemplação, aqui passa a ter uma concepção de objeto material, real, como produto da atividade subjetiva, embasada no conhecimento humano, denominada de atividade revolucionária, crítico-prática, pois, apesar da importância do idealismo, há limitações em sua atitude contemplativa⁽⁵⁾.

Na subcategoria relativa às contribuições que o conhecimento científico traz para o profissional e sua prática, as enfermeiras responderam:

Dá para eu perceber essa diferença [a atividade de caráter consciente, a práxis, da atividade de caráter puramente natural]. Quando eu era técnica [de enfermagem], eu fazia tudo mecanicamente, eu não sabia exatamente porque a gente estava fazendo tudo aquilo. Depois que você está na Universidade, que tem todo o conhecimento científico, você já vai entender. (ELÉCTRA)

Justamente para que as coisas ocorram da melhor forma

possível. A gente tem que saber o que está fazendo, tem que se basear em teorias. É importante, também, para encaminhar nossos procedimentos, nossas atividades. (ARES)

Ter maior competência [conhecimento científico], competência para estar agindo nas nossas atividades. Para a gente não agir com imprudência, negligência, até mesmo com imperícia. (ÁSIA)

Eu quero dizer que o nosso trabalho também está diretamente ligado com o nosso conhecimento. Quanto mais a gente tem [conhecimento], mais a gente produz, mais a gente quer melhorar, quer mudar, quer acrescentar. Acho que se a gente não tem tanto conhecimento, a gente acaba ficando na rotina, não avança, não acrescenta, não faz o diferencial. (DÓRIS)

Pode ser evidenciada, nesta subcategoria, a importância que as entrevistadas atribuem ao conhecimento científico como base de seus procedimentos profissionais, como instrumento de estímulo à busca do diferencial no atendimento e ainda como fator decisivo para o resultado positivo de sua práxis.

A concepção das enfermeiras em relação à contribuição do conhecimento científico como base de seus procedimentos profissionais e como fator decisivo para o resultado positivo de suas ações, demonstrada em suas falas, aproxima-se da afirmativa de que há perfeita e necessária interação entre a prática e o conhecimento científico, visto que a relação objetiva do homem com o mundo se dá por meio da prática, pois é através dela que consegue transformá-lo, mas para isso necessita do conhecimento, assim como no plano do conhecimento a relação do homem com o mundo é explicitada através da prática⁽⁶⁾.

Concordamos quanto à necessária interação entre prática e conhecimento científico, quando se almeja a transformação de uma realidade vivenciada durante a atividade profissional, uma vez que a atividade prática sem a intervenção da consciência, desprovida de qualquer sustentação científica, nada mais é do que a mera reprodução de atitudes, contribuindo para a manutenção da realidade vigente.

Outro aspecto identificado como importante no discurso é o entendimento de que o conhecimento científico funciona como um instrumento de estímulo à busca do diferencial na prática profissional, afirmativa que reporta à concepção de atividade revolucionária, como uma atitude crítico-prática, porque a teoria que guia a ação não é mera contemplação e a prática, guiada pela teoria, estimula a busca do novo, determinando uma atividade transformadora⁽⁵⁾.

Instrumentos teóricos que embasam as enfermeiras em sua práxis

Após identificar, através das falas dos entrevistados, a importância que o conhecimento científico traz a seus procedimentos, buscamos saber quais instrumentos teóricos embasavam cientificamente as suas práticas. Entretanto, inicialmente, vale refletir acerca da relação entre teoria e prática, como ferramenta na busca da qualidade na atividade profissional.

Ao iniciar essa reflexão, é importante resgatar a junção da prática com a teoria como ponto de partida para mudanças e a práxis como atitude humana transformadora da natureza e da sociedade, na medida em que a teoria seja a guia da ação, moldando a atividade prática do homem, tornando-a uma prática consciente⁽⁵⁾. Corroborando este pensamento, buscaremos refletir sobre o produto de um ato teórico, reflexivo, como também sobre o produto de uma prática reprodutiva, sem a necessária interação entre ambos.

Quando se pretende transformar uma realidade efetiva pela atividade do pensamento, por intermédio somente do exercício da crítica, quase sempre não se chega à transformação idealizada, o que ocorre na maioria das vezes é a confirmação do quadro existente.

Por outro lado, o trabalho, a atividade prática, na busca pura e simples do produto final, material ou a resolução imediata de um problema, nos parece uma atividade alienada, na medida em que aquele ato, puro e simples, não contribuirá, “a priori”, para a mudança, algumas vezes necessária, da realidade em que se insere o objeto da prática e que muitas vezes é o fator causal do problema.

Podemos afirmar que em ambos os casos falta o laço que une a teoria e a prática, que é a Práxis, uma vez que o conhecimento científico por si só não se comunica com o mundo, tampouco a prática reprodutiva configura a qualidade profissional, pois, “por meio da práxis, a filosofia se realiza, se torna prática e se nega, portanto, como filosofia pura, ao mesmo tempo em que a realidade se torna teórica no sentido de que se deixa impregnar pela filosofia”^(6:126). As enfermeiras, ao serem questionadas sobre quais os instrumentos teóricos que embasam a prática que desenvolvem nas suas unidades de trabalho, responderam que estavam embasadas em diferentes referenciais:

Eu uso muito os manuais do Ministério da Saúde que já tem orientação, até porque a gente está aqui e tem que saber o que ele recomenda. Então, basicamente, leitura do Ministério da Saúde e eu compro sempre livros. (DÓRIS)

A parte científica, completa, eu vejo no Brunner, que ele explica bem, ele amplia bem, mais, tem alguns livros, porque eu dou aula,

também, à tarde. Então, a gente vai para a internet pesquisar o que tem de novo, mas a gente trabalha baseada, basicamente, no Ministério mesmo, os livros do Ministério..., outros livros, assim, não. (DÓRIS)

O que eu tenho são os manuais [Ministério da Saúde], aí eu pesquisei na internet algumas coisas. Eu tenho alguns livros, inclusive eu comprei uns que ainda vão chegar. Tudo sobre SUS. (ELÉCTRA)

A necessidade de seguir à normatização do Ministério de Saúde durante o atendimento na Atenção Básica foi a grande preocupação demonstrada pelas entrevistadas, visto que referem a utilização dos Manuais de Normas como base referencial prioritária para as suas práticas.

O preceito dos órgãos governamentais é sistematizar as ações das equipes multidisciplinares que atuam em todos os níveis de atenção à saúde da população, incluindo a Atenção Básica, como parte de uma estratégia vitoriosa na busca da redução dos índices de morbidade e mortalidade da população brasileira, bem como visando reduzir os danos causados pelas deficientes condições sociais, econômicas e culturais de uma representativa fatia da população, especialmente em regiões mais empobrecidas do território nacional.

Consideramos, entretanto, equivocada a posição das entrevistadas em priorizar as orientações “standartizadas”, apesar do indiscutível impacto nos indicadores básicos de saúde, em detrimento dos referenciais educativos de Enfermagem, que, além de oportunizarem a prestação integral do cuidado ao indivíduo e à comunidade, favorecem a personificação da enfermeira no contexto da equipe de saúde.

A compreensão sobre os referenciais educativos de Enfermagem no cotidiano profissional⁽⁷⁾ segue a mesma linha da Práxis⁽⁶⁾. Tendo uma finalidade terapêutica, a Enfermagem necessita de um corpo de conhecimento que sustente o trabalho profissional, traçando-o a partir de uma rede de elementos, iniciada na entidade patológica, e que prossegue na terapêutica apropriada; na expressão subjetiva da enfermidade ou do sofrimento, significado da situação na visão dos que interagem no processo; na ética, indicativa das ações moralmente aceitas; e na estética, produtora da ordem e da beleza, todos elementos componentes da vida em sua melhor expressão.

Nem todas as enfermeiras entrevistadas utilizam instrumentos teóricos para embasar suas práticas. Algumas responderam que não trabalham baseadas em teorias, somente na prática previamente adquirida:

Para realizar as consultas eu me baseio no que eu aprendi na Universidade, pelas aulas práticas. Faço a evolução completa, faço o exame físico, faço os encaminhamentos, oriento o exame das mamas, o aleitamento materno e vou orientando na medida em que ela vem comigo. (RÉIA)

Não tem nenhum embasamento teórico. Até porque, se eu disser que eu abro um livro, eu não abro; que eu chego e faço leituras, eu vou mentir. Eu me baseio na experiência que eu tive, na pouca experiência que eu tive no que eu aprendi até hoje, que eu ainda tenho muita coisa para aprender. (TÉIA)

A ausência de embasamento teórico nas práticas desenvolvidas pelas duas enfermeiras entrevistadas nos reporta à definição da diferença entre práxis e atividade, “toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis”, e ao alerta contra qualquer tentativa de estabelecer um sinal de igualdade entre ambas, distinguindo a práxis como atividade que implica a intervenção da consciência, portanto atividade humana, na busca de um resultado ideal, de onde os diversos atos do processo se articulam visando ao produto real^(6:185).

A partir da afirmativa das enfermeiras de que desenvolvem suas práticas baseadas somente nas experiências já vivenciadas, fazemos inferência destas práticas como atividades reprodutivas, que negam a essência humana, pois, “a priori”, estas desconsideram as peculiaridades do objeto e do contexto em que este vive, contribuindo para a manutenção da realidade vigente, quiçá com o agravamento dos problemas já existentes.

A contribuição da educação formal para o processo de formação integral

Refletir sobre o papel da educação formal exige uma rápida retrospectiva sobre o ato de educar, conceitualmente difícil de definir em função das diversas formas expressas por estudiosos da temática.

A escola tem função conservadora⁽⁵⁾, pois reflete e reproduz injustiças da sociedade. Em contrapartida, a autonomia relativa do professor, com seu papel político-pedagógico relevante, lhe concede uma força inovadora. A educação, pode transformar o homem em sujeito da história, desde que essa assuma o seu papel crítico, dirigido à tomada de decisões e à responsabilidade social e política.

Seguindo a mesma linha, nos reportamos à educação⁽⁹⁾ como um caminho através do qual se dá a preparação e a integração plena do homem para tornar-se sujeito da vida pública, possibilitando autonomia em se autoconduzir no seu processo formativo. Nessa concepção, o mais

sublime fim da educação é a formação do sujeito ético, a qual só pode ocorrer “pela aquisição do mais alto grau de consciência, de responsabilidade social de cada um e se expressa na capacidade de participação, na solidariedade, na cooperação e no respeito à individualidade e à diversidade”^(9:25).

Partindo das afirmativas de que o treinamento, puramente técnico, retira da experiência educativa o que há de fundamentalmente humano no exercício educativo, que é o seu caráter formador⁽¹⁰⁾, e de que a formação do sujeito ético é o mais sublime fim da educação⁽⁹⁾, concebemos este processo não somente como o ato de informar e estimular a cognição, mas, também, com papel fundamental na formação moral do educando, pois se o objetivo é formar para a vida, contribuindo na formação de profissionais éticos e responsáveis, é papel da educação a formação integral do indivíduo.

Na subcategoria relativa à educação formal contribuindo com o processo de formação integral, as enfermeiras responderam conforme as falas:

Foram cinco anos. Cinco anos ali, ajudou muito, muito para a vida. (AFRODITE)

A Universidade mostrou um pouco da realidade da vida, [...], do nosso Estado. Ofereceu condições de, quando fôssemos profissionais, saber lidar com essas situações. (ARES)

Coisa que a gente aprende na universidade é ser humano e a lidar com os colegas. Isso eu sempre me lembro da universidade e eu sempre tento levar para lá [para a equipe de trabalho], entendeu? Porque eu lembro de quando eu era técnica [de enfermagem]. Dá até vontade de chorar, porque foi bem difícil para mim, entendeu? Eu fiz o meu curso, eu trabalhava. Quando eu comecei a trabalhar [...], trabalhava de tarde [...], lá era muito rígido e eu saía de lá sete horas da noite. (ELÉCTRA)

Não sei se porque era muito estressante a distância e eu percebia que eu era muito rígida com as pessoas, eu era muito grossa, eu mesma percebi depois que eu era muito ignorante entendeu? E aí, tudo eu aprendi na universidade. A ser humana com as pessoas, entendeu? A ser colega, companheira, porque eu não ligava para essas coisas, eu não via [...] Não sei, eu acho que depois que eu entrei na universidade foi que abriu a minha mente [...] Por isso que eu digo que é importante entrar na universidade, estudar, porque a gente vê outras coisas, tem outros horizontes. (ELÉCTRA)

Eu vejo que ela [a universidade] foi muito importante, porque se eu não tivesse entrado na universidade, não tivesse trabalhado a humanização e o conhecimento científico, eu não teria como passar para eles [equipe de trabalho]. (ELÉCTRA)

A Universidade foi a ponte, o ponto inicial das coisas para mim, porque, quando eu entrei, foi desconhecido e a partir daí que eu fui conhecendo, eu fui estudando um pouquinho mais, para eu poder entender e aprender, também. Mas foi o ponto de partida. Foi muito bom a Universidade para mim. (RÉIA)

Pode ser observada nos depoimentos a percepção das enfermeiras de que a participação da universidade ultrapassou a educação formal, tendo um papel importante em suas formações, de maneira integral. Chama atenção, em particular, o depoimento de uma das entrevistadas quando refere que na universidade, também, aprendeu a ser humana.

A enfermeira, em seu depoimento, demonstra ter a exata noção do papel da universidade em sua formação integral. Declara a mudança gradativa ocorrida em sua percepção de mundo, a partir do ingresso nesta e a participação dos docentes e discentes neste processo. Reconhece, inclusive, que os frutos de sua formação têm reflexos positivos em sua práxis profissional.

Após analisar as falas das depoentes, cabe refletir sobre elas a partir das afirmativas sobre educação⁽⁸⁾, não como um puro ato de treinamento, sem a experiência educativa, mas como um instrumento de transformação do homem, mediado pelo professor e seu relevante papel político-pedagógico, quadro que parece compatível com o depoimento analisado.

Mais uma vez refletindo a partir da importância do educador humanista, revolucionário, que, ao identificar sua ação com a dos educandos, deve orientar-se no intuito de humanizar a ambos⁽⁸⁾, concluímos que formar pessoas através da educação é um momento de humanização e que humanizar - criando, convivendo, compartilhando – é educar.

Bases teóricas que fundamentaram a formação das enfermeiras para a atenção básica

Refletir sobre o papel das bases teóricas na formação profissional nos reporta à concepção de que apesar de a atividade teórica não pressupor uma ação efetiva sobre o mundo, que teria como resultado a transformação real deste, permite a transformação da consciência humana sobre os fatos e da ideia sobre as coisas⁽⁶⁾, portanto, quando se trata do processo de formação, ela é indiscutivelmente essencial na

medida em que, através deste processo, se pretende transformar o homem em sujeito da história.

É consenso que a educação é um fenômeno político e social, que detém a capacidade de formar cidadãos conscientes de suas responsabilidades sociais e profissionais e que os projetos pedagógicos devam atentar para que essa formação atenda às peculiaridades da população e assegure a qualidade e a humanização como pilares do perfil profissional.

Atender às peculiaridades significa formar profissionais para a compreensão e atuação na realidade local, sem, entretanto, prescindir do global, permitindo que estes possam inserir-se no mundo do trabalho numa perspectiva ampliada, embasados por uma sólida formação teórica e intelectual. “Um processo formativo que contribua, também, na constituição de profissionais competentes política e socialmente, isto é, além do aspecto instrumental do fazer profissional, devemos, sobretudo, formar profissionais para assumirem-se como agentes sociais transformadores dos contextos local e global”^(11:20).

Na subcategoria relativa à fundamentação teórica para a atenção básica durante o processo de formação do educando, as entrevistadas responderam que o embasamento teórico se deu muito fortemente orientado pelos documentos normativos do Ministério da Saúde:

Nos manuais [busca de embasamento teórico] [...], primeira consulta e consultas subsequentes. (AFRODITE)

No manual também [busca de embasamento teórico]. No manual, mas, também, na internet. Buscava artigo, buscava outros recursos, fitas, essas coisas. (AFRODITE)

Dos manuais, em relação às consultas [os manuais do Ministério da Saúde eram a base das consultas, durante a formação escolar]. (EURÍBIA)

Não, eles [professores] pediam para a gente seguir [buscar embasamento teórico] nos manuais dos programas mesmo. (ÁSIA)

Do Ministério da Saúde. Passo a passo: como é realizada a consulta,[...], era baseado mesmo nos manuais do Ministério da Saúde, nos programas mesmo. A questão de palestras, não, aí já ficava livre. (ÁSIA)

Geralmente as professoras mandavam a gente tirar o manual. Os manuais, por exemplo, do pré-natal, de tuberculose, de hanseníase. Era mais objetivo, prático, dentro da saúde pública [...], tanto que a aula de saúde pública foi em cima, também, disso, dos manuais. E aí, a gente

tinha esse foco, mas porque a gente tinha que saber o que o manual orienta, o que o Ministério orienta e depois, por nossa conta, a gente busca por fora. (DÓRIS)

Acho que era de manual! Acho que era manual aquilo. O Manual do Ministério. Mas, não assim “vamos trabalhar com base naquela teoria” Era baseado num roteiro. É como se fosse para ajudar a gente. Ficava aqui do lado, não é? (RÉIA)

Evidenciou-se, também, que as atividades práticas foram embasadas nos roteiros preestabelecidos pelo serviço:

Eles ficavam no atendimento de rotina da Unidade [os professores seguiam a determinação do serviço]. Cada Unidade tem sua rotina, tem o seu fluxo, tem seu encaminhamento, sua orientação, seu protocolo. Então, eles atuavam em cima desses protocolos, davam orientações de cada caso. (DÓRIS)

Quando eu era acadêmica, eu tinha um guia do meu lado para saber o que eu ia perguntar. O guia era dado pela professora. Quando ela deu aula, ia falando tudo o que a gente deveria perguntar e mandou que a gente fosse anotando, porque quando a gente fosse atender, botava do lado e ia perguntando. (TÉIA)

A prática da utilização de documentos normativos na rotina dos serviços de saúde, implementada a partir da necessidade de impactar os altos índices de morbidade e mortalidade de grupos prioritários da população, apesar de reconhecidamente positiva aos objetivos que se propõe, deve ser alvo de reflexão por parte dos profissionais envolvidos neste processo, pois sua exclusiva utilização, determinada por um modelo, converte a prática profissional em adequação a um formato predeterminado, denominado de práxis reiterativa e burocratizada, “um tipo de práxis social-estatal, política, [...], exercida de modo burocrático”^(6:261), não oportunizando a plenitude da práxis profissional.

A reprodução da práxis reiterativa no processo de formação dos educandos nos leva a refletir sobre o papel do educador, como mediador dos novos desafios que se impõem na educação, a partir da necessidade de articulação da formação com as perspectivas do novo mundo globalizado⁽⁹⁾.

É necessário oportunizar ferramentas ao professor e ao profissional para o exercício da prática reflexiva, capaz de estimular o aluno à pergunta e, para isso, capacitações são um dos instrumentos adequados e devem guardar relação com os princípios que orientam o projeto pedagógico, na busca de uma prática pedagógica inovadora, pois “somente uma prática pedagógica assim exercida é capaz de contribuir na construção do sujeito questionador”^(9:55).

As enfermeiras também demonstraram que continuam reproduzindo a prática da utilização dos documentos normativos em suas atividades profissionais:

Na verdade, hoje, é o manual que eu sigo, mas foi nela [na universidade] que eu aprendi a ler o manual, foi nela que eu conheci o manual, não foi na unidade. Lá, eu já vi o manual depois, mas foi na universidade que eu entrei, foi nela que eu tive o primeiro contato com a doença, com o manual, com as práticas e depois que eu fui para a unidade. (ELÉCTRA)

Tinha, assim, tinha um material. Eu até trouxe de casa para trabalhar. Tinha um roteiro. (RÉIA)

Pois é. Eu não sei de onde saiu esse roteiro! Tem o nome, moradia, é toda aquela evolução. Era o professor quem dava. É até uma xerox que eu tenho. (RÉIA)

As falas enfatizam, também, a lacuna deixada pela ausência de aplicação dos referenciais educativos de Enfermagem na área da Saúde Pública:

Com esses teóricos a gente trabalhou, mas não foi dentro da Saúde Pública. Eu acho que faltou isso [...] Em outras disciplinas, outras áreas, na educação, mas na enfermagem faltou trabalhar. (ARES)

As teorias da Enfermagem também. [foram trabalhadas em outras áreas, mas não na Saúde Pública] os professores procuravam sim se embasar nesses teóricos. (ARES)

Na área hospitalar a gente via mais a questão da evolução, da admissão do paciente, então, sempre tinha aquela coisa: aplicar as teorias. Na saúde pública eu estava mais com estágio extracurricular, mas a aplicação mesmo [no estágio curricular] eu vi na área hospitalar. (ÁSIA)

Na saúde pública [...], eu senti falta disso, [referenciais educativos da enfermagem] na questão mesmo de [...], teorias, não é? (ÁSIA)

Foi mais essa questão de como fazer, dos manuais. Existiu essa questão de autores, quando a gente ia para a aula [...], na área da licenciatura. (EURÍBIA)

Não. O professor não comentava sobre teóricos, não chegava a comentar. Trabalhava a questão da saúde pública em si [...] Os problemas de saúde pública, sobre o SUS, aí ele trabalhava. (RÉIA)

O processo de reprodução das práticas que foram vivenciadas

durante o período de educação formal torna-se compreensível, considerando que o próprio lócus de trabalho institucionaliza esta prática. Entretanto é digna de nota a percepção dos entrevistados, hoje, como profissionais, da lacuna deixada durante o processo de formação, particularmente para a atenção básica, pela falta de abordagens dos referenciais educativos de enfermagem que subsidiassem sua prática profissional.

Neste particular, indagamos se essa percepção não é o início do processo assim explicitado: “somente quando [...], se engajam, começam a crer em si mesmos [...]. Se esta descoberta não pode ser feita em nível puramente intelectual, mas da ação, o que nos parece fundamental é que esta [...], esteja associada a sério empenho de reflexão, para que seja práxis”^(8:29).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que na concepção das enfermeiras o conhecimento científico tem papel fundamental, mas que a utilização de roteiros preestabelecidos é prioritária e estabelecida desde a educação formal. Mostrou, também, que atendimentos embasados em roteiros preestabelecidos pouco contribuem para a mudança que se idealiza, indo de encontro ao que preconiza a prática assistencial libertadora, crítica e criativa, especialmente se a Enfermagem for vislumbrada como atividade especificamente humana, “implica na intervenção da consciência, graças a qual o resultado existe duas vezes – e em tempos diferentes –: como resultado ideal e como produto real”^(6:187).

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informe nº 16 da Atenção Básica. Atuação da Enfermeira na Atenção Básica. Brasília. [citado em: 19 out 2009]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo16.pdf>.
- 2 Yin RK. Estudo de caso. Planejamento e métodos. 3a ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
- 3 Peshkin A. The goodness of qualitative research. Education Research.1993;22(2):23-29.
- 4 Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa. técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2a ed. Porto Alegre: ARTMED; 2008.

- 5 Marx K, Engels F. A ideologia alemã - teses sobre Feuerbach. Tradução de Silvio Donizete Chagas. Blumenau: Moraes Ltda; 1984.
- 6 Vázquez AS. Filosofia da práxis. Tradução: Luiz Fernando Cardoso. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1990.
- 7 Thofehrn MB, Leopardi MT. Teorias de enfermagem, trabalho e conhecimento contemporâneo. Texto Contexto Enferm. 2002;11(1):86-104.
- 8 Freire P. Pedagogia do oprimido. 21a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2006.
- 9 Reibnitz KS, Prado ML. Inovação e educação em enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura; 2006.
- 10 Freire P. Pedagogia da autonomia. 25a ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
- 11 Rocha GOR, Silva JMM, Chaves SN. 2005. Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação da Universidade Federal do Pará. Cadernos da PROEG. 2005.

6.4 MANUSCRITO 4 - APRENDER E ENSINAR NO COTIDIANO DO TRABALHO: REFLEXÕES DE ENFERMEIRAS EM SUAS PRÁXIS NA ATENÇÃO BÁSICA

Manuscrito a ser submetido à Revista INTERFACE. Comunicação, Saúde e Educação, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo G).

**APRENDER E ENSINAR NO COTIDIANO DO TRABALHO:
REFLEXÕES DE ENFERMEIRAS EM SUAS PRÁXIS NA
ATENÇÃO BÁSICA⁴⁰**

**LEARNING AND TEACHING IN THE LIFE OF WORK:
REFLECTIONS OF NURSES IN YOUR PRACTICE IN
PRIMARY CARE**

**APRENDER Y ENSEÑAR EN LA VIDA DE TRABAJO:
REFLEXIONES DE ENFERMERAS EN SU PRÁCTICA EN
ATENCIÓN PRIMARIA**

Márcia Maria Bragança Lopes

Enfermeira, Mestre, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Endereço para contato: Rua Bernal do Couto 420/1102, Bairro Umarizal, Belém, Pará, Brasil, Cep 66055080; Fone (91) 3225-0980. E-mail: mmb1@ufpa.br

Marta Lenise do Prado

Enfermeira, Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: mpradop@ccs.ufsc.br

⁴⁰ Este estudo é parte da Tese de Doutorado, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 287/08. Não apresenta conflito de interesses.

**APRENDER E ENSINAR NO COTIDIANO DO TRABALHO:
REFLEXÕES DE ENFERMEIRAS EM SUAS PRÁXIS NA
ATENÇÃO BÁSICA**

**LEARNING AND TEACHING IN THE LIFE OF WORK:
REFLECTIONS OF NURSES IN YOUR PRACTICE IN
PRIMARY CARE**

**APRENDER Y ENSEÑAR EN LA VIDA DE TRABAJO:
REFLEXIONES DE ENFERMERAS EN SU PRÁCTICA EN
ATENCIÓN PRIMARIA**

Resumo: Este artigo buscou desvelar como se processa o aprender e o ensinar no cotidiano do trabalho das enfermeiras na atenção básica. A estratégia de pesquisa foi estudo de caso, baseado em provas qualitativas, focado em duas unidades de análise; os sujeitos foram 8 enfermeiras egressas de uma IFES; as técnicas foram a entrevista e a utilização de documentos; o procedimento analítico se deu através da estratégia analítica de Strauss e Corbin. Os dados obtidos resultaram na categoria: Aprender e Ensinar no Cotidiano do Trabalho: reflexões de enfermeiras em suas práxis na atenção básica. Foi evidenciado que, como instrumento de trabalho, a educação é considerada ferramenta essencial no processo de aprender e ensinar, além de fundamental na tentativa de superação das dificuldades enfrentadas rotineiramente.

Palavras-chave: atenção básica, trabalho, educação em saúde.

Abstract: This article sought to reveal how the learning and teaching is processed in the daily work of nurses in primary care. The research strategy was the case study based on qualitative evidences, focused on two units of analysis, the subjects were 8 nurses graduating from IFES; the techniques used were interviews and the use of documents, the analytical procedure was processed analytical strategy of Strauss and Corbin. The data resulted in category: Learning and Teaching in daily work: nurses reflections in their practice in primary care. It was shown that, as a working tool, education is considered essential stuff in the process of learning and teaching, as well as fundamental in an attempt to overcome the routinely difficulties.

Keywords: primary care, work, education.

Resumen: En este artículo se trató de revelar cómo ca de enseñanza y aprendizaje se procesa en el trabajo diario del personal de enfermería en atención primaria. La estrategia de investigación fue el estudio de caso sobre la base de evidencias cualitativas, y se centró en dos unidades de análisis, los sujetos eran 8 enfermeras a graduarse de la IFES, las técnicas utilizados fueron entrevistas y la utilización de documentos, el procedimiento analítico se procesan através de estrategia analítica de Strauss e Corbin Los datos de resultado en la categoría: Aprender y enseñar en el trabajo diario: reflexiones de las enfermeras en su práctica en atención primaria. Se ha demostrado que, como herramienta de trabajo, la educación se considera material esencial en el proceso de aprendizaje y enseñanza, así como fundamental en un intento por superar las dificultades de forma rutinaria.

Palabras clave: atención primaria, el trabajo, la educación.

Introdução

Como resultado das mudanças ocorridas nas últimas décadas, a educação em saúde está vinculada às idéias de reflexão crítica sobre a realidade,apoderamento comunitário e transformação do “status quo”, na perspectiva de criação e ampliação das condições de vida saudáveis.

Considerando a atual perspectiva da educação em saúde, é indiscutível o papel do cenário - aqui pensado a Atenção Básica -, em virtude de duas características deste nível de atenção, que são a maior proximidade com a população e a ênfase às ações de prevenção de agravos e promoção da saúde.

De outro lado, o avanço do conhecimento científico de forma vertiginosa representou, para Oguisso (2000), a mola propulsora para que as organizações programassem atualizações permanentes em seus quadros de pessoal.

Lentz e Erdmann (2003) compreendem a educação permanente como um processo ininterrupto de transformação do ser humano na arte e na ciência, individual ou grupal, dialógico, numa constante jornada, continuamente aperfeiçoada, que possibilita a articulação da capacidade de agir intelectualmente e pensar produtivamente, de estabelecer vínculos entre trabalho e educação, para a contextualização cada vez maior do

conhecimento.

A relevância do tema está focada na prática educativa (de formação da enfermeira) e na prática de trabalho da enfermeira, sendo necessário escutar as agentes desta prática, para posteriormente decodificar seu “pensar”. Baseado nesta perspectiva, o objetivo deste estudo, que teve como suporte teórico-filosófico os níveis de práxis preconizados por Adolfo Sánchez Vázquez e a educação libertadora de Paulo Freire, foi *desvelar como se processam o aprender e o ensinar no cotidiano do trabalho das enfermeiras na atenção básica*.

Percurso Metodológico

A estratégia de pesquisa foi o estudo de caso baseado em provas qualitativas. Yin (2005) considera o estudo de caso uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real.

Focamos este estudo em duas unidades de análise, em um Estado da Região Norte. A primeira, um município do interior do estado, com uma Rede Básica de Saúde composta por uma Unidade Municipal de Saúde, nove Unidades Estratégia Saúde da Família e nove Unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A segunda, um Distrito de Saúde da capital do Estado, com uma Rede Básica de Saúde composta por cinco Unidades Municipais de Saúde e seis Unidades Estratégia Saúde da Família.

O estudo foi desenvolvido com enfermeiras lotadas nos serviços e os critérios estabelecidos para a escolha dos participantes foram: egressas do Curso de Enfermagem da IFES existente no Estado, que tivessem ingressado no Curso a partir do ano de 1998 e se dispusessem a participar do estudo.

Optamos pelas técnicas da Entrevista e Utilização de Documentos. A entrevista foi conduzida de forma focada, seguindo um conjunto de temas norteadores.

No ato da entrevista as explanações foram gravadas, posteriormente transcritas, lidas, e, com a autorização das enfermeiras, foi iniciada a análise.

Foram consultados os Planos de Ensino das disciplinas, com a devida autorização do Conselho da Faculdade de Enfermagem da IFES.

Como procedimento analítico, utilizamos o proposto por Strauss e Corbin, tomando como base esses autores e Peshkin

(1993).

No processo de codificação dos dados, as entrevistas foram transcritas e examinadas, recortando as unidades de análises e feita a codificação substantiva dos dados, através das codificações aberta e axial.

Antes de iniciar a coleta dos dados, o projeto de pesquisa passou por aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado, sendo garantido o anonimato e desistência a qualquer tempo sem prejuízo às participantes.

Resultados

Os resultados foram obtidos a partir da categoria: Aprender e Ensinar no Cotidiano do Trabalho: reflexões de enfermeiras em suas práxis na atenção básica e das subcategorias descritas a seguir:

Experiências adquiridas e acumuladas pelas enfermeiras através da observação e da convivência com outras pessoas no cotidiano do trabalho

As experiências profissionais e pessoais adquiridas no cotidiano do trabalho não poderiam ser pauta de reflexão sem que inicialmente fosse ponderada a relação entre a educação, como processo contínuo, e o ambiente, como contexto, não somente receptor da prática educativa como prática social, mas, verdadeiramente, contexto educativo materializado nas atividades cotidianas.

Na concepção de Freire (2006, p. 12), a característica humana de ser histórico-social leva o homem a continuamente experimentar “a tensão de estar sendo para poder ser e de estar sendo não apenas o que herda, mas também o que adquire”. Consideramos esta característica como a mola propulsora do aprendizado, decorrente da relação entre a educação e o contexto, plenamente perceptível nas falas das enfermeiras que, conscientes de suas limitações, reconhecem-se seres inconclusos, e por isso em permanente processo de aprendizagem:

Crescimento, tanto pessoal como profissional..., através da

minha vivência..., porque acho que a gente aprende muito com a história das outras pessoas. Quando eu vejo as atitudes de alguém, eu repenso nas minhas atitudes. (AFRODITE)

Eu sempre olho um pouco como eu aprendi, o que eu gostei, o que eu não gostei na minha vida prática na Universidade, porque hoje eu também sou professora..., eu penso nos meus alunos, e aí eu procuro dar o melhor para eles, não é? (DÓRIS)

A base é da universidade, mas lá na unidade é que a gente vai aprender como é. Porque na universidade a gente aprende na teoria e quando chega lá é que a gente vai ver com os outros profissionais, a realidade. (ELÉCTRA)

Mês passado foi a primeira vez que eu fiz uma consulta com hanseníase, aprendi com a outra enfermeira que trabalha comigo porque, quando me falaram que tinham casos de hanseníase, eu cheguei com ela e disse “me ajuda porque eu nunca fiz”. (TÉIA)

Uma das entrevistadas expressou que também faz parte do aprendizado o confronto entre conceitos construídos ao longo da vida, dentre os quais a humanização como atitude intrínseca do homem, e a realidade refletida em um contexto social recheado de injustiças, que leva a quadros e atitudes desumanas, indo ao encontro da afirmação de Freire (1992): “um ser que tendo por vocação a humanização se confronta, no entanto, com o incessante desafio da desumanização, como distorção daquela vocação”. Essa expressão pode ser captada a seguir:

Até no nosso próprio trabalho a gente vê cenas... Eu trabalho com pessoas muito humildes..., então, às vezes vejo determinadas coisas que eu fico assim, meu Deus do céu! Chega dói no coração. (TÉIA)

Eu digo assim, gente! Eu nunca tinha pensado nisso! Tem coisas que eu fico chocada, eu fico triste, mas eu aprendo com a minha convivência. Isso também é uma forma de educação. (TÉIA)

Durante o estágio eu ia com a professora..., as casas eram humildes, eu vivenciava a humildade, mas não essa coisa de violência, de perigo. Eu ia à casa, visitava, conversava, é completamente diferente, não é a realidade que eu vivo hoje, é bem diferente. (TÉIA)

Utilizando as falas das entrevistadas como parâmetro de

análise do sentimento vivenciado, ao confrontar-se com a realidade profissional, concluímos que muitas vezes há necessidade de repensar o aprendizado, através de um processo em que se alternam os fatores teóricos e os fatores práticos, representados pela realidade do serviço e da comunidade. Consideramos este confronto próprio do processo de ensinar o que foi aprendido e aprender o que tem para ser ensinado, desta forma, refazendo o que já foi aprendido e melhorando o que tem para ensinar, na busca permanente do resultado ideal, objetivo final da práxis profissional.

A característica humana de ser histórico-social que leva o homem à busca contínua do aprendizado, através da observação e da convivência prática, identificada nas falas das enfermeiras, deve ser analisada positivamente não só pelo fato da experiência pessoal adquirida, mas como uma forma de validar seu conhecimento científico.

Como destaca Vasquez (1990), o conhecimento científico ou pensamento científico só pode ser considerado verdadeiro quando sai da própria esfera do pensamento e vai para a prática, na qual adquire corpo na própria realidade, sob a forma de atividade prática. Só assim, situado como práxis, pode-se afirmar se aquele pensamento é real ou falso, ou seja, “ao julgar a verdade ou a falsidade de uma teoria, não podemos isolá-la da prática” (Vásquez, 1990, p: 156).

Importância de conhecer o contexto em que se encontra a clientela, para o resultado positivo do trabalho desenvolvido na atenção básica

Ao afirmar que “conhecer é conhecer objetos que se integram na relação entre o homem e o mundo, relação que se estabelece graças à atividade prática humana”, Vasquez (1990, p. 153) nega a possibilidade de um verdadeiro conhecimento, quando o objeto for mero produto da consciência, como também que o conhecimento possa dar-se à margem da atividade prática.

É fato que a prática profissional se estabelece entre o homem, profissional, forjado a partir do cumprimento de uma etapa na educação formal, e o mundo, representado pela comunidade ou pessoas beneficiárias desta prática. Entretanto, tomando como base o pensamento de Vásquez (1990),

afirmamos que ela é viabilizada através do conhecimento que o profissional deve adquirir dos objetos que se integram no contexto da comunidade e consideramos fundamental que se mantenha sustentada por este conhecimento, pois, de outra forma, o resultado ideal, esperado, dificilmente será atingido.

É identificada, a seguir, a necessidade de conhecimento do contexto em que vive a clientela e que esta sofre forte influência dos fatores culturais em que se encontra inserida:

Como eu falei [...], todo mundo tem sua cultura, suas crenças. Eu penso assim: saber com quem você está lidando, eu acho que é válido [...], para desmistificar algumas coisas. Saber o que eles sabem sobre determinado assunto é importante, para contribuir, para que eles adquiram mais conhecimento... (AFRODITE)

Não é só o nosso conhecimento. Eles, também, têm os conhecimentos deles, então, temos que aliar os dois. Não é só a gente que sabe tudo, que vai repassar para eles. (EURÍBIA)

Durante uma palestra, se falo um termo mais técnico [...] Aí a pessoa usa uma linguagem popular, uma coisa que é cultura deles, a gente já aprende, já incorpora, também, para quando as outras pessoas virem perguntar, já saber o que aquilo significa. (EURÍBIA)

Eu sempre deixo elas falarem, porque eu acho importante, porque eu vou aprender o que está se passando ali. Porque a gente não sabe, a gente vai conhecendo a comunidade. (RÉIA)

Tem muito a questão cultural que eles utilizam, como, por exemplo, os remédios [...], e, aí, a gente vai aprendendo. Então, eu faço só a inclusão: “consuma o seu chá desde que você tome seu remédio. Só faz a inclusão, porque é muito forte, é questão cultural. (RÉIA)

Ao analisar o que foi expresso pelas entrevistadas, fica demonstrada a articulação entre os valores culturais e a dimensão educativa da prática da enfermeira, em que esses são particularmente respeitados como estratégia para alcançar o objetivo da aprendizagem.

Identificando essa estratégia, reportamo-nos a Freire (1983), ao utilizar a discussão da realidade, relacionando o processo educativo ao meio social; ao dialogar, oportunizando o aprendizado conjunto; e ao respeitar a linguagem do educando, afirmando que a linguagem tem a ver com as classes sociais e que a identidade de cada classe se reflete na sua linguagem.

Refletindo sobre a aproximação do profissional ao contexto, somos favoráveis à necessidade de estarem familiarizados com os fatores culturais da população, bem como consideramos fundamental que aprendam a lidar com valores, crenças e hábitos, pois vemos as práticas populares como formas, na maioria das vezes exitosas, de resolução dos problemas cotidianos da população, repassadas ao longo das gerações, portanto um conhecimento advindo do senso comum, que faz parte da cultura das populações.

Evidenciou-se, também, que uma entrevistada reconhece a necessidade de ter consciência da situação econômica em que se encontra a clientela atendida:

Uma vez, um paciente hipertenso não tomou o remédio do mês inteiro, não tinha na unidade. Eu falei, o senhor não pode ficar sem remédio, compre na farmácia popular. Ele falou: minha filha, tem dias que eu não tenho um real para comprar um quilo de farinha. Tem uma paciente lá que não tem o que comer, não tem nada.. De vez em quando a gente manda adoçante [...], ela é diabética. A gente tenta ajudar, porque é complicado o paciente dizer que não tem. O que que eu vou dizer para ele? Até que ponto se pode orientar para que ele não adoça, se ele não tem o dinheiro para comprar o remédio? Como é que eu posso chegar e dizer: faça isso, se a realidade dele é outra? Muitas vezes a gente até compra remédio para o paciente. (TÉIA)

Este quadro nos reporta a Freire (1996), ao referir que os oprimidos são seres humanos proibidos de Ser, e a Arroyo (2000, p. 242), quando considera que, nesse particular, uma das tarefas da educação é “captar como [os oprimidos] tentam superar as condições que o proíbem de ser, perceber e se contrapor às situações e às condições em que realizam sua existência”.

Nesta perspectiva, consideramos que a dimensão cuidativa–educativa, fortemente presente na práxis da enfermeira, associada à característica desta como Ser histórico-social, que lhe garante a consciência do nível de influência das condições socioeconômicas na qualidade de vida do homem, constitui ferramenta permanente na busca de estratégias que minimizem os efeitos deletérios da extrema pobreza, um fator reconhecidamente dificultador ao resultado ideal da práxis

profissional.

Estratégias utilizadas pelas enfermeiras no desenvolvimento do processo educativo em sua práxis

A reflexão sobre as estratégias que são utilizadas pelas enfermeiras em suas práticas educativas não poderia deixar de ser precedida da nossa compreensão sobre o significado da palavra educar, que concebemos como um processo. Processo de conhecimento, de ensino e aprendizagem, que está intimamente ligado à evolução do homem e ocorre em várias instâncias de seu cotidiano, não somente na educação formal, posto ser considerado uma conotação da natureza humana.

As práticas educativas, instrumentos do processo de conhecimento do homem, são vinculadas, por Silva et al (2009, p. 1.454), às ideias de “reflexão crítica sobre a realidade, apoderamento comunitário e transformação do “*status quo*”, na perspectiva de se criar e ampliar condições de vida saudáveis”. Nesta perspectiva consideramos que as práticas educativas contribuam no processo de evolução do homem, afastando-o de um plano teórico, ideológico, através de uma formação crítica, aproximando-o da realidade, com aptidão para intervir de forma autônoma na realidade social.

Em geral, quando se fala de processo educativo, este é associado à ideia de execução de várias estratégias, que vão de procedimentos individuais a procedimentos coletivos, desenvolvidos no serviço ou na comunidade.

Na subcategoria relativa ao processo educativo através de diversas estratégias, as enfermeiras responderam:

Eu posso fazer reuniões na escola, fazer uma palestra, mas também posso ir numa casa fazer uma visita domiciliar e lá mesmo estar orientando. (AFRODITE)

Fiz coleta de preventivo aqui da zona rural e a maioria das mulheres tinha 10, 15 filhos e nunca fez um preventivo, às vezes por desinformação, por falta de orientação, medo, ignorância [...], das mais de trinta coletas, sete foram suspeitas de câncer. Ai vem a orientação, a palestra. A gente vai numa comunidade bastante carente, numa invasão, vai discutir o tema [...]. Vai fazer a coleta do preventivo e a palestra sobre o câncer, com TV, DVD, essas coisas. (DÓRIS)

Isso pode ser individualmente ou eu posso fazer uma palestra [...]. Essas são ações educativas. A ação educativa [...],

eu informando para eles, que pode ser individual ou em grupo. (ELÉCTRA)

Aproveitar as pessoas que estavam lá na fila [...], para dar palestra. Já arrumei um álbum seriado, vou ler alguma coisa [...] e eles podem até sugerir outros temas. (EURÍBIA)

Reuniões de grupo! A gente reúne em grupos e discute. Faz uma palestra, uma atividade. (RÉIA)

Nós orientamos dentro do consultório. (TÉIA)

As falas evidenciam que as estratégias de educação em saúde são diversificadas, entretanto as atividades de grupo, especialmente as palestras, correspondem à principal delas.

Considerando que as palestras se configuram pela exposição de informações técnicas, sem a participação da clientela, nesta situação, ouvinte passiva, fazemos inferência das palestras como informação em saúde e nos reportamos a Silva et al (2009) quando referem que a informação é apenas o conteúdo do processo de comunicação; este, por sua vez, implica necessariamente que haja interação interpessoal entre os sujeitos envolvidos, corroborando Morin (2006, p. 94), ao afirmar que a comunicação nem sempre garante a compreensão, quando diz que “a informação, se for bem transmitida e compreendida, traz inteligibilidade, condição primeira necessária, mas não suficiente, para a compreensão”.

Uma entrevistada também verbalizou as temáticas que aborda em suas ações educativas:

A gente ministra palestras para a população no interior [...], leva para eles várias informações [...] trabalha na Atenção Básica a questão dos programas, trabalha bastante a educação. (ÁSIA)

Eu tento orientar. A gente tem o manual, tem cartazes no consultório e vai logo orientando, vai falando para, quem sabe, ela vá absorvendo aquilo melhor. É bom que lá [...], tem álbum seriado, folder para distribuir, preservativo para demonstrar. Nos temos DVD. (ÁSIA)

Ficou evidenciada a utilização de temáticas genéricas nas ações educativas, baseadas nos programas normatizados pelo Ministério da Saúde, constatação que nos faz inferir que as peculiaridades e necessidades da comunidade assistida podem não estar sendo consideradas naquele momento.

O campo da Educação em Saúde tem passado por

modificações importantes, influenciadas, também, pela compreensão de que o processo saúde-doença sofre influência direta da inter-relação causal entre fatores sociais, econômicos e culturais. Nesse contexto, Alves (2005) afirma que as práticas pedagógicas persuasivas, a transmissão verticalizada de conhecimentos e a negação da subjetividade nos processos educativos são passíveis de questionamentos. Entretanto a própria autora reconhece que, a despeito de todos os avanços observados, ainda prevalecem como hegemônicas as práticas educativas que têm como características informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde.

Utilizando suas falas como parâmetro, concluímos que o formato aplicado pela enfermeira configura-se como uma atividade educativa de caráter informativo, na qual a comunicação se dá através do repasse de informação sobre hábitos saudáveis, pressupondo que, a partir da informação, a população seja capaz de efetivar mudança de hábitos e costumes e dessa forma melhorar sua qualidade de vida.

As enfermeiras demonstraram que durante as ações educativas há, também, o cuidado em adaptar os modos de ação às peculiaridades da comunidade, bem como os hábitos e costumes de sua população:

Na minha prática eu nunca deixo de conversar com o usuário [...], Nós sabemos que a questão cultural é muito forte, por isso eu tento colocar essas informações aos poucos e constantemente, para que, quem sabe um dia! (ARES)

Eu procuro educar individualmente mesmo, conversando com o usuário, procurando mostrar todas as alternativas, o que seria bom se ele seguisse, se tivesse educação em saúde. Procuro mostrar quais são os benefícios de ter uma educação, saber o que está fazendo [...] eu procuro mostrar dessa forma, individualmente. (ARES)

Eu inicio com uma palestra e depois faço uma dinâmica de grupo, dependendo do grupo [...], dou a palestra, com uma linguagem acessível para eles, no final faço dinâmica, de acordo com aquilo que eu falei na palestra. (ÁSIA)

Isso é relativo [as formas de educar] porque têm pessoas que são bem livres e se sentem à vontade para conversar, então, a gente tenta trocar experiências, mas têm outras que não, elas já são muito mais fechadas. Eu tento deixar a pessoa à vontade.

“Eu sou enfermeira, mas atrás da enfermeira tem uma pessoa que está ali para ouvir e, da melhor forma possível, te ajudar”. (ÁSIA)

A gente sempre faz as visitas nas casas [...] O ideal seria fazer visita de casa em casa, só que no interior as casas são muito longe uma da outra, então, a gente perderia tempo e acaba agregando os pacientes em um local, debaixo de uma árvore, dentro de uma igreja, dentro de uma escola... (DÓRIS)

Tem visita domiciliar. O ACS fica responsável de reunir as famílias em uma escola, em um barraco, em uma igreja, algum lugar que vai ter atendimento, também. (EURÍBIA)

Eu acho que surte efeito a ação educativa individual, porque a mãe ou a pessoa que está lá conversa sobre a situação dela, que é uma situação particular e a gente consegue [...] e faço a visita. (RÉIA)

Não tem estratégia, é mais da reação do momento. Eu reajo dessa maneira, porque cada paciente é um paciente. Tem paciente que a gente tem mais intimidade, têm outros que a gente não tem. (TÉIA)

A preocupação das enfermeiras em nortear suas ações educativas pelo contexto dos usuários, representando uma postura positiva, tendo em vista a possibilidade de uma resposta mais efetiva por parte da comunidade, vai ao encontro daquela evidenciada por Freire (1992) ao referir que a prática educativa precisa ser forjada com o sujeito e não para ele.

O respeito aos paradigmas, às condições do meio, às crenças e aos costumes de uma comunidade é condição essencial para a eficácia de qualquer trabalho educativo junto à população. Nesse sentido, reportamo-nos a Morin (2006) quando refere que a educação deve levar em conta “a zona invisível dos paradigmas”, pois são eles que efetuam a seleção e a determinação das conceituações e das operações lógicas; designam as categorias fundamentais da inteligibilidade e operam o controle do seu emprego. Dessa forma, “os indivíduos conhecem, pensam e agem segundo os paradigmas inscritos culturalmente neles” (Morin, 2006, p. 25). Seguindo a mesma lógica, considera que o conhecimento e as informações são insuficientes se estão isolados do contexto e que é necessário situar as informações e os dados em seu contexto, para que

adquiriram sentido.

Mesmo tendo sido evidenciado nesta subcategoria que a lógica hegemônica educativa no grupo de enfermeiras entrevistadas ainda esteja associada ao modelo tradicional, alguns indicativos no sentido de mudanças puderam ser percebidos nas falas destas entrevistadas.

Nesse sentido, foi captado nas falas de algumas enfermeiras o respeito à questão cultural e à individualidade; o diálogo; a interação com a realidade; o respeito às crenças e costumes como estratégias educativas, aproximando as comunidades dos processos educativos. Nessa perspectiva, o papel do agente comunitário de saúde aparece como potencializador das ações educativas, visto que são moradores da área e têm familiaridade com a realidade do local.

Estratégias utilizadas nos processos educativos, que foram identificadas em algumas falas, são dignas de nota mesmo tendo relação com as já citadas “interação à realidade” e “respeito às crenças e costumes como estratégias educativas”. São elas, respectivamente, a utilização de espaços na própria comunidade, facilitando a penetração e o conhecimento da realidade vivenciada pela clientela, e a valorização das escolhas da comunidade, neste caso, cabendo ao profissional mediatizá-las, através do conhecimento científico, caracterizando a práxis criadora.

Por que e como fundamentar a educação na realidade da clientela

Fundamentar a educação na realidade das pessoas as quais se pretende alcançar tem sido, ao longo dos tempos, demonstrado pelos estudiosos como estratégia essencial ao êxito deste trabalho.

Vásquez (1990), quando discute a elaboração de uma verdadeira filosofia da práxis, relaciona-a com uma necessidade prática que é a transformação da realidade, afirmando que esta transformação depende da íntima conjugação entre fatores teóricos e fatores práticos. Nesse sentido, afirma que a filosofia, aqui compreendida por nós como teoria, tem que ser, sobretudo, crítica desta realidade para que possa garantir a transformação desejada.

Quando afirma que educar é transformar a humanidade e que a educação permite ao homem passar do reino das

“sombras”, da “superstição”, para o reino da razão, Vásquez (1990) nos estimula a pensar a Educação em Saúde como um recurso utilizado pelos profissionais para levar à vida cotidiana das pessoas o conhecimento científico produzido no campo da saúde, buscando transformá-la através da educação.

Na subcategoria relativa à educação fundamentada na realidade da clientela, as enfermeiras responderam “por que” fundamentar sua práxis educativa nesta realidade:

Primeiramente, eu conversei com a enfermeira que era responsável pela localidade e ela falou: eu chego na comunidade e faço tantas consultas. Aí eu marquei tantas consultas, mas, depois, fui repensar, o que é o PACS? [Programa de Agente Comunitário de Saúde] Qual o objetivo maior do PACS? Então, vi que não tem condições, não quero trabalhar com queixa-conduta, porque chegar e ficar no consultório [...], não é isso, [...] quero ver o paciente dentro da realidade dele. (AFRODITE)

Eu vejo que a nossa ação com o familiar de portador é mesmo a prevenção [...]. São pessoas que vêm do interior e se trabalharmos uma linguagem muito técnica eles não entendem. Então tento orientar o mais próximo da realidade deles para que absorvam as informações e passem a ver qual a real importância da prevenção. (ÁSIA)

Esta subcategoria evidencia a preocupação de duas entrevistadas em compreender por que fundamentar suas práticas na realidade da clientela. Um aspecto importante identificado nos discursos foi a necessidade de ultrapassar as barreiras, comumente estabelecidas a partir das diferenças culturais, que impedem o processo de transformação, tão almejado pelo profissional quando desenvolve sua práxis na busca de um resultado ideal.

Considerando que as culturas são singulares, porque cada sociedade tem seus saberes, regras, normas, estratégias, crenças, valores e mitos, transmitidos através das gerações e que este conjunto controla a existência da sociedade e mantém sua unidade psicológica e social, vemos como fundamental a preocupação demonstrada pelas enfermeiras em buscar estratégias que ajudem a romper as possíveis barreiras existentes e compreendemos esta preocupação não só como respeito aos saberes, mas como estratégia para possibilitar que

estes possam ser discutidos conjuntamente com a comunidade.

Buscando aproximação com a realidade da clientela, as enfermeiras certamente alcançarão os objetivos de sua prática. Tal afirmativa se apóia no conceito de Morin (2006), de que as culturas são aparentemente fechadas em si mesmas, buscando salvaguardar sua identidade singular, e que também são abertas, integrando nelas não somente os saberes e técnicas, mas, ainda, ideias, costumes, alimentos e indivíduos vindos de fora, e que, ao contrário, “a desintegração de uma cultura sob o efeito destruidor da dominação técnico-civilizacional é uma perda para toda a humanidade, cuja diversidade cultural constitui um dos mais preciosos tesouros” (Morin, 2006, p. 57).

Evidencia-se, também, “como” as enfermeiras fundamentam suas práticas educativas na realidade da clientela:

Dentro dos seus hábitos, os costumes [...], eu quero isso, estar na casa das pessoas, ver como é que vivem, ver seus costumes, para fazer a minha ação, a minha conduta. (AFRODITE)

Na prática, eu vou conversar com a mãe, dizer que a anemia pode prejudicar o crescimento do bebê, ele pode ficar mais lento, vai demorar a falar, a andar, [...] Quando eu falo essas coisas prejudiciais na vida dela e do bebê, acaba despertando a curiosidade dela em querer saber mais e fazer direitinho. Então, começo a orientar dentro da realidade dela. Na prática, a gente vai buscando quais são os hábitos, trocando informação, perguntando, ela vai respondendo e nós vamos orientando. (DÓRIS)

Cada pessoa tem um perfil, são leigas, então não é qualquer linguagem, tem que falar o popular, para eles entenderem. (DÓRIS)

Acho que a gente tem que saber ouvir também. Ouvir o que eles têm a falar, para acrescentar, mudar alguma ideia errônea. Levar conhecimento, coisas novas que eles até então desconheciam. (EURÍBIA)

Sempre coloco situações que elas vivem. Elas começam a falar, dizem como é que é, e a gente se comunica. (RÉIA)

Pode ser percebido claramente nas falas o cuidado em adequar suas práticas educativas às necessidades da comunidade, entretanto vale ressaltar que, além das necessidades coletivas, identifica-se, também, o cuidado em atender às necessidades individuais da clientela.

Essa postura tem, dentre suas características, a intervenção da consciência do profissional, permitindo uma visão particularizada da clientela, plenamente compatível com a visão de práxis, expressa por Vásquez (1990, p. 5) como “categoria central da filosofia que se concebe [...], como interpretação do mundo [...], como guia de sua transformação”.

Embora não descarte a possibilidade de que informações repassadas às pessoas possam ter algum efeito no sentido de sensibilizá-las a pensar sua vida cotidiana de forma diferente, concebemos que as questões relacionadas à saúde devam ser trabalhadas, embasadas na realidade da clientela, de forma a buscar a conscientização e, para isso, não vislumbramos outra forma de trabalho que não seja através da práxis educativa, pois, como refere Freire (1980), a conscientização só ocorre na medida em que o próprio indivíduo consegue olhar para a sua realidade de forma crítico-reflexiva. Nesse contexto, vemos o papel da enfermeira, através de sua práxis educativa, de mediadora do processo de reflexão.

O processo de educação permanente no cotidiano do trabalho

Embora não busquemos aqui analisar o processo de trabalho, torna-se importante que sejam feitas algumas considerações sobre o significado de trabalho, para que se possa, posteriormente, refletir acerca do processo de educação permanente em seu cotidiano.

Apesar da vasta análise que se possa fazer do trabalho humano, em função de suas várias modalidades, buscaremos tecer algumas considerações sobre o trabalho criador, conceituado por Vásquez (1990, p. 264) como “atividade indissolúvel de uma consciência que projeta ou modela idealmente e da mão que realiza ou plasma o projetado numa matéria”, visto que o eixo principal desta reflexão é a práxis como atividade humana e transformadora.

Na concepção de Reibnitz e Prado (2006), o trabalho é desencadeador da socialização e da dinâmica das relações sociais e, por possuir características e potencialidades ambivalentes, pode ser fonte de satisfação e criação ou de frustração e sofrimento.

Considerando o trabalho como atividade humana, as autoras enfatizam as características “consciente e racional”, que o transformam em “uma atividade que só o homem tem a capacidade de idealizar, projetar o que vai fazer, tendo um projeto pré-concebido do produto final do seu “próprio trabalho” (Reibnitz e Prado, 2006 p. 90).

Nesse contexto, reportamo-nos a Vásquez (1990) e sua concepção de práxis como atitude humana transformadora da natureza e da sociedade e a Freire (2006), quando denomina o homem de Ser histórico-social, característica que o leva à busca constante do aprendizado. Na união desses dois fatores vemos a relevância da educação permanente no trabalho, como fomentadora na busca do resultado ideal da práxis profissional.

Na subcategoria relativa ao processo de educação permanente no cotidiano do trabalho, as enfermeiras responderam como se dá o processo de educação permanente neste cotidiano:

Eu faço treinamento para eles [agentes comunitários de saúde] serem multiplicadores (DÓRIS)

Entre para tarde para educar os técnicos [de enfermagem], porque eles estão donos de si, como se não tivessem chefia. Fazem o que querem, chegam a hora que querem. Eles têm que ser educados para saberem que têm uma chefia (ELÉCTRA)

As falas mostram que a dificuldade de relacionamento interpessoal da equipe é uma das razões para o desenvolvimento da educação permanente em seus ambientes de trabalho, como estratégia de redução das dificuldades vivenciadas por elas.

Ceccim (2005) destaca que educação permanente em saúde é resultante de vários movimentos de mudanças na formação dos profissionais de saúde, advinda da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde; na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde. Enfatiza que a questão central da educação permanente é sua capacidade de ser permeável com a realidade variável dos serviços de saúde e sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços.

A partir da afirmativa de Ceccim (2005), de que a educação permanente tem a capacidade de lidar com as diversas realidades apresentadas nos serviços de saúde e

considerando-a como aprendizagem no trabalho, em que a capacitação deve incidir sobre o próprio processo de trabalho, partimos da premissa de que esta é a estratégia ideal para minimizar os problemas relatados pelas enfermeiras entrevistadas.

Evidencia-se, também, “como” as enfermeiras operacionalizam seus processos de educação no trabalho:

Na minha prática fazemos mais com funcionários. Nas nossas reuniões procuro colocar a melhor forma de tratar o cliente. A gente procura passar isso. (ARES)

Com o ACS, a gente marca mensalmente reuniões para saber qual a principal dificuldade deles. Procura sempre fazer reciclagem, orientá-los. (ARES)

São as palestras [...] Faço capacitação com eles [com os agentes comunitários de saúde]. Todo mês a gente faz capacitação, uma reunião. (DÓRIS)

Observa-se pelas falas que, também, nas atividades de educação permanente, são utilizadas práticas pedagógicas persuasivas e de transmissão verticalizada de conhecimentos. Por conseguinte, seus resultados são questionáveis, pois a proposta pedagógica de educação permanente deve considerar os trabalhadores como sujeitos do processo de construção social de saberes e práticas e sua proposta é prepará-los para serem sujeitos de seu processo de formação ao longo de sua vida (Brasil, 2004).

Considerando tal proposta pedagógica, reportamo-nos a Freire (2006) quando, recomendando a pedagogia libertadora e problematizadora, ultrapassa os muros da educação formal, possibilitando o uso desta pedagogia nos processos de educação permanente, instrumentalizando e fortalecendo, através de ações conscientes, os sujeitos deste processo para as mudanças esperadas.

Algumas características da pedagogia libertadora e problematizadora deixam clara a sua adequação aos objetivos da educação permanente, dentre as quais: a superação da contradição educador/educando; o estudo partindo da realidade e da experiência cotidiana do educando, da leitura e experiência do educador; a interferência do educando em sua própria realidade, tendo como princípio o respeito as suas vivências e a

conquista de sua autonomia, autodeterminação e dialogicidade; consideração às potencialidades e fragilidades dos educandos; e destaque aos papéis não tradicionais do educador e do educando.

A educação como ferramenta na práxis da enfermeira, na atenção básica

Refletir sobre a participação da educação na práxis da enfermeira traz imediatamente à baila a associação das palavras educação e qualidade, que remete à educação para a qualidade de vida.

Entendendo que a qualidade está associada à prática educativa, reportamo-nos a Freire (2006) quando afirma que toda prática educativa é comprometida e busca certo fim e que esta sua diretividade não permite que ela seja neutra. “A impossibilidade de ser neutra não tem nada a ver com a arbitrária imposição que faz o educador autoritário a “seus” educandos e suas opções” (Freire, 2006, p. 21).

Ao expressar-se sobre a importância da educação em seu trabalho, uma enfermeira deixa explícita que a ação educativa é a ferramenta fundamental utilizada por ela, na busca do resultado ideal em sua práxis:

Sem ação educativa acho que seria difícil eles aderirem. Eu ia dar a medicação e eles iam embora, mas acho que não iriam tomar. (ELÉCTRA)

Eles não iriam fazer direito, porque logo eles começam a apresentar melhora e: eu já estou bem!” Aí jogam fora o resto da medicação e não tomam mais. Mas mostrando que tem que fazer e por que, eles vão fazer. Se eu não fizesse isso, eles iriam abandonar e ficar resistentes. (ELÉCTRA)

A enfermeira evidenciou como essencial a ação educativa que ela desenvolve junto aos clientes, considerando como uma condição terapêutica na recuperação do grupo de portadores da patologia, associando à educação o resultado positivo de seu trabalho, constatação que nos reporta a Vásquez (1990) quando afirma que apesar de o homem ser produto das circunstâncias, do meio, sua influência pode ser compartilhada com a influência da educação, considerando que o homem é um Ser racional.

Outros aspectos importantes identificados na expressão das entrevistadas são o papel da educação como instrumento fundamental para superar as dificuldades no cotidiano do

trabalho e o papel de educador que a enfermeira representa na atenção básica, considerado por uma enfermeira como “a finalidade” do profissional naquele contexto:

Como trabalho com isso, na Atenção Básica, na comunidade, fazendo visitas domiciliares, a educação em saúde é extremamente importante, apesar das dificuldades. (ARES)

Porque é a finalidade de eu estar lá. Na saúde pública a enfermeira tem que trabalhar essa questão da ação educativa. Eu acredito que fui para lá com esse propósito: desenvolver ação educativa, que é orientação, tanto em grupo quanto individual. (RÉIA)

Apesar de reconhecer que a prática educativa é a ferramenta mais importante para o resultado positivo do trabalho na atenção básica, consideramos como um grande desafio para as enfermeiras, e ao mesmo tempo os elementos fundamentais no alcance dos objetivos propostos, os modos, as maneiras, as metodologias utilizadas para aliar a sua práxis às necessidades da clientela.

Conclusão

Em relação às experiências profissionais adquiridas no cotidiano do trabalho, as enfermeiras entrevistadas reconhecem que, sendo a educação um processo contínuo e o profissional um Ser em constante busca de conhecimento, o ambiente profissional torna-se educativo, onde o aprendizado se dá através das atividades cotidianas.

Foi evidenciado que, como instrumento de trabalho, a educação é ferramenta essencial no processo de aprender e ensinar no cotidiano, além de fundamental, na tentativa de superação das dificuldades enfrentadas rotineiramente. Entretanto acreditamos que a efetividade dessa ferramenta está diretamente relacionada à forma de sua utilização e ao nível de práxis assumido pelas enfermeiras durante sua atuação profissional.

Percebemos que o desafio está em conciliar todas as etapas de uma ação educativa, que deve ser iniciada no “ensinar a compreender”, considerado por Morin (2006) como uma das finalidades da educação do futuro, a fim de chegar ao entendimento e à aceitação da realidade, hoje muito mais

próxima a um quadro de carência extrema das condições sociais, econômicas e culturais, tendo em vista o perfil da comunidade assistida naquele nível de atenção.

Márcia Maria Bragança Lopes: autora da Tese

Marta Lenise do Prado: orientadora da Tese

Referências

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ARROYO, M. **Ofício de mestre**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília: MS, 2004.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n.16, p.161-77, 2005.

FREIRE, P. Educação como prática de liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3a ed. São Paulo: Ed. Moraes, 1980.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 21a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido e pedagogia da esperança, um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**. 25a ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

LENTZ, R.A.; ERDMANN, A.L. Perspectiva Construtivista e Constitutiva para um modo de Fazer o Processo de Controle da Infecção Hospitalar. In: ERDMANN, A.L.; LENTZ, R.A. (Org.). **Aprendizagem Contínua no Trabalho: possibilidades de novas práticas no controle de infecções hospitalares**. São José: SOCEPRO, 2003. p. 33-57.

OGUISSO, T. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. **Rev. Técnica de Enfermagem - Nursing.**, n. 20, p. 22-25, 2000.

PESHKIN, A. The goodness of qualitative research. **Education Research.**, v. 22, n. 2, p. 23-29, 1993.

REIBNITZ, K. S; PRADO M. L. **Inovação e Educação em Enfermagem.** Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

SILVA, Cheila Portela; DIAS, Maria Socorro de Araújo; RODRIGUES, Angelo Brito. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, , v.14, suppl.1, p. 1453-1462, 2009.

STRAUSS, A.; CORBIN J. **Pesquisa qualitativa.** Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2a ed. Porto Alegre: ARTMED, 2008.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da Práxis.** Tradução de Luiz Fernando Cardoso. 3a ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1990.

YIN, Robert K. **Estudo de caso.** Planejamento e Métodos. 3a ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

6.5 MANUSCRITO 5 - RAZÕES E DIFICULDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES EDUCATIVAS NA PRÁTICA DE ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Manuscrito a ser submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo H). A Carta de Submissão e a Declaração de Transferência dos Diretos Autorais encontram-se no Anexo I.

**Razões e dificuldades para o desenvolvimento das ações educativas
na prática de enfermeiras na atenção básica⁴¹**

**Reasons and challenges for the development of shares in educational
practice nurses in primary care**

**Razones y desafíos para el desarrollo de acciones en la práctica
educativa enfermeras en la atención primaria**

Márcia Maria Bragança Lopes⁴²
Marta Lenise do Prado⁴³

⁴¹ Este estudo é parte da Tese de Doutorado, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 287/08.

⁴² Enfermeira, Mestre, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil. Doutoranda da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Correspondência: Márcia Maria Bragança Lopes. Rua Bernal do Couto 420/1102, Bairro Umarizal, Belém, Pará, Brasil, Cep 66055080; Fax (91) 3201-6809. E-mail: mmb1@ufpa.br

⁴³ Enfermeira, Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Razões e dificuldades para o desenvolvimento das ações educativas na prática de enfermeiras na atenção básica

Reasons and challenges for the development of shares in educational practice nurses in primary care

Razones y desafíos para el desarrollo de acciones en la práctica educativa enfermeras en la atención primaria

Resumo: Este artigo buscou *desvelar como as dificuldades cotidianas interferem na práxis da enfermeira na atenção básica de saúde*. A estratégia de pesquisa foi estudo de caso, baseado em provas qualitativas, focado em duas unidades de análise; os sujeitos foram 8 enfermeiras egressas de uma IFES; as técnicas foram a entrevista e a utilização de documentos; o procedimento analítico se deu através da estratégia analítica de Strauss e Corbin. Os dados obtidos resultaram na categoria: razões e dificuldades para o desenvolvimento das ações educativas na prática de enfermeiras na atenção básica. Os problemas de ordens distintas geralmente extrapolam a governabilidade do profissional e, por não representarem situações que requeiram soluções imediatas, podem levar à dificuldade em identificá-los, pondo em risco o vínculo serviço/comunidade, preconizado pela Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: atenção básica, educação em saúde, enfermagem.

Abstract: This article sought to reveal how the daily difficulties interfere with the nursing practice in primary care. The research strategy used was the case study based on qualitative evidences, focused on two units of analysis, the subjects were 8 nurses graduating from IFES; the techniques used were interviews and the use of documents, the analytical procedure was processed analytical strategy of Strauss and Corbin. The data resulted in category: reasons and difficulties for the development of nursing educational practice in primary care. The different sets of problems usually go beyond the professional government and as they present situations that don't require immediate solutions; it can lead the difficulty in identifying them and putting at risk the bond service/community, as recommended by the Family Health Strategy.

Keywords: primary care, health education, nursing education.

Resumen: En este artículo se trató de revelar cómo las dificultades cotidianas interferir con la práctica de la enfermería en atención primaria. La estrategia de investigación utilizado fue el estudio de caso sobre la base de evidencias cualitativas, se centró en dos unidades de análisis, los sujetos eran 8 enfermeras a graduarse de la IFES, las técnicas utilizados fueron entrevistas y la utilización de documentos, el procedimiento analítico se procesan através de estrategia analítica de Strauss e Corbin. Los datos de resultado en la categoría: razones y las dificultades para el desarrollo de la práctica educativa de enfermería en atención primaria. Los diferentes conjuntos de problemas que suelen ir más allá del gobierno y profesionales, ya que las situaciones actuales que no requieren soluciones inmediatas, sino que puede conducir a la dificultad en la identificación de ellas y poniendo en riesgo el servicio de enlace o la comunidad, tal como recomienda la Estrategia de Salud de la Familia.

Palabras clave: atención primaria, educación sanitaria, la educación en enfermería.

INTRODUÇÃO

A prática da Enfermeira manifesta-se no cuidado às pessoas, objeto epistemológico da enfermagem, que em sua essência representa o cuidar de modo holístico, respeitando o homem como Ser biopsicosocial, único, insubstituível, com características e vontade próprias. Cuidar em Enfermagem representa um modo de estar com o outro, no que se refere a questões especiais da vida das pessoas, dentre estas a promoção e a recuperação da saúde, o nascimento e a própria morte⁽¹⁾.

Como instrumento essencial dessa prática, na busca das transformações entendidas pelos profissionais e comunidade como necessárias, consideramos a ação educativa aliada ao diálogo, à participação e à ação-reflexão-ação, como estratégia para minimizar os efeitos deletérios das situações sociocultural e estrutural em que se encontram os usuários, objetos do cuidado, significando que, como prática dialogada e participativa, tem como objetivo a transformação da realidade de saúde dos sujeitos e grupos sociais assistidos⁽²⁾.

Entretanto, há de se considerar que essa prática rotineiramente é permeada por problemas de ordens diversas, que, indiscutivelmente, dificultam o alcance de seu objetivo ideal, mas, comumente, transformam-se em razões para persistir na busca de tal objetivo.

A relevância do tema está focada na prática educativa e na prática de trabalho da enfermeira, sendo necessário escutar seus agentes, para posteriormente decodificar seu “pensar”. Baseado nesta perspectiva, o objetivo deste estudo, que teve como suporte teórico-filosófico os níveis de práxis preconizados por Adolfo Sánchez Vázquez e a educação libertadora de Paulo Freire, foi *desvelar como as dificuldades cotidianas interferem na práxis da enfermeira na atenção básica de saúde*.

PERCURSO METODOLÓGICO

A estratégia de pesquisa foi o estudo de caso baseado em provas qualitativas, que se refere a uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real⁽³⁾.

Focamos este estudo em duas unidades de análise, de um Estado da Região Norte. A primeira, um município do interior do estado, com uma Rede Básica de Saúde composta por uma Unidade Municipal de Saúde, nove Unidades Estratégia Saúde da Família e nove Unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A segunda, um Distrito de Saúde da capital do Estado, com uma Rede Básica de Saúde composta por cinco Unidades Municipais de Saúde e seis Unidades Estratégia Saúde da Família.

O estudo foi desenvolvido com enfermeiras lotadas nos serviços e os critérios estabelecidos para a escolha das participantes foram: egressas do Curso de Enfermagem da IFES existente no Estado, que tivessem ingressado no Curso a partir do ano de 1998 e se dispusessem a participar do estudo.

Optamos pelas técnicas da Entrevista e Utilização de Documentos. A entrevista foi conduzida de forma focada, seguindo um conjunto de temas norteadores.

No ato da entrevista as explanações foram gravadas, posteriormente transcritas, lidas, e com a autorização das enfermeiras, foi iniciada a análise.

Foram consultados os Planos de Ensino das disciplinas, com a devida autorização do Conselho da Faculdade de Enfermagem da IFES.

Como procedimento analítico, utilizamos o proposto por Strauss e Corbin⁽⁴⁻⁵⁾, conforme o qual, através do processo de codificação dos dados, as entrevistas foram transcritas e examinadas, recortando as unidades de análises e feita a codificação substantiva dos dados, através das codificações aberta e axial.

Antes de iniciar a coleta dos dados, o projeto de pesquisa passou por aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. As participantes assinaram o

Termo de Consentimento Livre e Informado, sendo garantido o anonimato e desistência a qualquer tempo sem prejuízo às participantes.

RESULTADOS

Os dados obtidos resultaram nas subcategorias descritas a seguir:

Dificuldades operacionais como obstáculos para o desenvolvimento da práxis

Na busca de mudanças no modelo assistencial, foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), em que os agentes comunitários de saúde passaram a desenvolver suas atribuições sob a responsabilidade da enfermeira, com vistas a aumentar a resolubilidade dos serviços prestados no nível de atenção básica.

Com dinâmica de trabalho diferenciada e supervisão periódica, as equipes de saúde devem desenvolver ações a partir de diretrizes operacionais, visando à qualidade da assistência, ao impacto das ações, à intersetorialidade, à participação comunitária, ao planejamento e programação local, à adstrição da clientela, à correspondência ao estabelecimento de vínculos e compromisso com indivíduos e suas famílias, e à visita domiciliar⁽⁶⁾.

Na subcategoria relativa às dificuldades operacionais, que criam obstáculos para o desenvolvimento da prática profissional, foi apontada a atuação da coordenação local, citada como negligente e desrespeitosa com os profissionais de enfermagem, e também a falta de apoio de órgãos de classe, no que tange ao exercício das atividades profissionais: *Tem o problema da falta de apoio da nossa coordenação, a gente quer fazer alguma coisa: não tem, quer distribuir algum material: não tem. Então, tudo isso acaba atrapalhando a minha educação em saúde com a população, as reuniões de grupo acabam sendo atrapalhadas. Infelizmente, faltam condições estruturais e financeiras para desenvolver nossas atividades. (ARES)*

Elas não respeitam a profissional enfermeira. As pessoas de cima, coordenador, tudo isso, sabe. É uma falta de respeito. (TÉIA)

A partir da afirmativa das enfermeiras, de que desenvolvem suas práticas em um ambiente de trabalho adverso, sem o devido respeito profissional, reportamo-nos à afirmativa de que cada profissão tem sua organização, controle e identidade própria e é regida por legislação específica, a qual define valores, papeis e limites⁽⁷⁾.

Vale refletir, entretanto, que no mundo do trabalho em saúde existem especificidades, como o trabalho do tipo coletivo, critérios diversos de assalariamento, padronização de condutas e especialização, que limitam a autonomia profissional, mas, vislumbrando mudanças em longo prazo, quando os futuros profissionais oriundos da formação embasada nos novos projetos pedagógicos de cursos estarão no mercado de trabalho, podemos inferir que condutas como as observadas nas falas das entrevistadas serão gradativamente extinguidas de ambientes profissionais se a escola assumir o seu papel na “formação do sujeito ético, aquele capaz de exercer sua cidadania nos fundamentos da liberdade, da autonomia e da responsabilidade coletiva”⁽⁸⁾.

A maioria das entrevistadas mencionou, também, falta de investimentos financeiros em material, recursos humanos e na estrutura física da unidade de saúde; grande demanda ao serviço e elevada atividade burocrática, como dificuldades para realizar ações educativas em saúde: *A minha maior dificuldade é a falta de estrutura, porque interesse eu tenho, eu sei a importância que é reunir a população e conversar, orientar, ouvir seus problemas... Só que infelizmente a gente não tem uma estrutura que nos dê essa possibilidade. Falta transporte, para nos levar ao local, material, então, a gente procura fazer mesmo na boa vontade. (ARES)*

É importantíssima [a ação educativa], só que..., a gente trabalha numa unidade básica no interior, então, tem dificuldades. Por exemplo: aqui, a estrutura física, eu não tenho um local fechado para fazer um atendimento, uma reunião com o paciente, com a equipe daqui. Quando eu quero, eu mando todo mundo para a Secretaria [para o auditório da Secretaria Municipal de Saúde]. Quando tem que fazer alguma coisa com a comunidade, já fica aí, aqui mesmo, sentado no banco. Não tem muita estrutura, mas, ao mesmo tempo, não se deixa de fazer. (DÓRIS)

Dificuldade de tempo para fazer, para planejar a ação. Por que eu também tenho que planejar, preparar material..., então, não se tem tempo para fazer isso, pela quantidade de pacientes. Está sempre lotado e fica difícil de planejar uma ação educativa em grupo com eles, fica difícil. A gente faz o que pode. Ainda mais à tarde, que é praticamente só eu de enfermeira e, aí, qualquer coisa,..., sou eu quem tem que resolver. (ELÉCTRA)

Não tem nada lá. Só nós mesmos e, às vezes, é assim, não tem médico porque é perigoso e eles vão embora de lá. Somos só nós: eu e a outra enfermeira, então, aí, a gente carrega tudo nas costas. E a gente tenta resolver o problema de todo mundo de alguma forma. Eu tenho muitos amigos médicos, quando eles estão com problema eu ligo: poxa,

encaminha aí, consegue essa consulta, faz esse favor para mim. Eu já consegui muitas coisas... Desde que eu entrei lá, nunca teve reunião de HIPERDIA, porque sempre está faltando médico. A gente passa um mês com médico, três sem médico. Quando eles estão, eles não querem fazer visita, é só a enfermeira que faz. (TÉIA)

A partir dos depoimentos, vale resgatar os objetivos da ESF, com sua dinâmica de trabalho diferenciada, priorizando, dentre outros, o planejamento e a programação local, o estabelecimento de vínculos e o compromisso com os indivíduos e suas famílias⁽⁶⁾ e associá-los à afirmativa de que nas instituições de saúde há o discurso da necessidade de retomada da lógica operacional proposta à ESF⁽⁹⁾, para constatar a incongruência existente entre o que propõe a política de saúde e a prática instalada, em que a falta de infra-estrutura, associada à exigência de produtividade nos atendimentos individuais, inverte a lógica do programa e limita a disponibilidade para as ações educativas.

Assim, a partir de todas as dificuldades relatadas, reconhece-se a necessidade de transformações significativas na organização e suporte locais desse modelo assistencial, pois, dessa forma, corroborando Alves (2005), consideramos que apesar da relevância da implantação da ESF faltam evidências que apontem a eficácia desta estratégia como reorientadora do modelo assistencial.

Rejeição do usuário ao trabalho da equipe e ao seu quadro de saúde dificulta a práxis profissional

Na ESF, lócus de trabalho das enfermeiras na atenção básica, o foco do cuidado é direcionado à família de um determinado território social e a organização do trabalho, construído com base em equipes, visa a práticas resolutivas e integrais e tem como eixo condutor o modelo de vigilância à saúde.

A humanização do cuidado, que nesse contexto deve direcionar as ações de saúde, representa o conjunto de conhecimentos, processos e métodos utilizados para fortalecer o relacionamento entre os profissionais dos diversos setores dos serviços de saúde, como também entre estes e a comunidade.

Como resultado do cuidado humanizado, a relação estabelecida entre os profissionais e os usuários, representada pelo acesso, pelo acolhimento e pelo vínculo, oportuniza ações de saúde mais ágeis e resolutivas. Nesta concepção, “prestar serviços, quer na dimensão individual quer na social, é uma das virtudes mais dignas entre os

homens. Assim, compartilhar com as demais pessoas é uma exigência dos humanistas, para os quais o “*homo faber*” jamais se dissociou do bem coletivo”⁽¹⁰⁾.

Nesse contexto de intercessão entre profissionais e usuários, a percepção de trabalho deve ir além da técnica e da hierarquização e visar à interação social, com abertura para a produção subjetiva dos sujeitos, respeito aos diferentes saberes, possibilitando maior integração entre a equipe e a comunidade.

A seguir se pode observar o que disseram as enfermeiras sobre o comportamento de alguns usuários do serviço, o que, na concepção destas, denota rejeição ao trabalho da equipe: *Na zona rural, no interior, às vezes eles ficavam meio acanhados porque não entendiam, achavam que a gente estava invadindo a privacidade deles, mas eu os achava mais receptivos. Já na zona urbana, eles têm até mais informação, mas, às vezes, eles evitavam mais. Eu sentia essa diferença. (ÁSIA)*

A gente tenta criar uma estratégia, tenta ser rápido e ser objetivo, mas prejudica com certeza, porque às vezes não é só falar, tem que convencê-lo de que aquilo também é importante para ele, porque o resultado não depende só da gente, depende dele também, é uma troca e, às vezes, tem um monte de gente aí, eles estão com pressa e a gente tem que atender. (DÓRIS)

Interferindo no trabalho desenvolvido pelas entrevistadas, foi mencionado o não entendimento dos objetivos do trabalho da equipe de saúde, por parte de alguns usuários, que é compreendido, por vezes, como invasão da privacidade, gerando o desinteresse e o descrédito pelas atividades desta equipe.

Observa-se, ainda, em alguns relatos, que as enfermeiras do estudo consideram a rejeição ao estado patológico em que se encontram alguns usuários como fator impeditivo ao bom resultado de sua prática, na medida em que estes não realizam seus tratamentos adequadamente, apesar do esforço empreendido pela equipe: *Trabalhar com portadores não é muito fácil, até porque, às vezes, eles mesmos não têm aceitação da doença. Eu falo que é um trabalho de formiguinha, a gente tenta, aos poucos, ganhar confiança, fazer com que eles possam confiar, para que a gente possa trabalhar, orientar. (ÁSIA)*

Isso se explica para eles: se eles não fizerem o tratamento corretamente eles vão adquirir a multirresistência e vão passar para os outros. A gente explica que o tratamento é mais demorado, o tratamento é mais difícil, tem mais medicação e é mais complicado até mesmo para eles. (ELÉCTRA)

Refletindo a partir das falas, é importante destacar que a

integração entre a equipe e a comunidade é possibilitada pela abertura para a produção subjetiva dos sujeitos e pelo respeito aos diferentes saberes, o que algumas vezes não ocorre em função do pouco conhecimento da equipe de saúde sobre as dinâmicas familiares e comunitárias, no que diz respeito à convivência e ao enfrentamento de seus problemas, dificultando a relação profissional/usuário, gerando falta de motivação e interesse pelas práticas educativas.

A interação da equipe de saúde às dinâmicas que cada comunidade utiliza para a convivência e para o enfrentamento de seus problemas é condição essencial ao alcance do resultado ideal de qualquer práxis profissional, pois “o conhecimento não é um espelho das coisas ou do mundo externo [...] Este conhecimento, [...], comporta a interpretação, o que induz o risco do erro na subjetividade do conhecedor, de sua visão do mundo e de seus princípios de conhecimento... A projeção de nossos desejos, [...], multiplica os riscos de erro”⁽¹¹⁾.

Práticas ilegais e violência dificultam a práxis profissional

Ao iniciar esta reflexão, não poderíamos deixar de fazer algumas considerações a respeito da influência que a organização social de uma comunidade tem na determinação de atos violentos, que provocam impacto na qualidade de vida das pessoas, as quais, por motivos diversos, encontram-se obrigadas a conviver em seu cotidiano com este problema social.

O ato da violência é consequência da destruição de uma ordem estabelecida, associada ao homem sob a influência de um desajuste radical. Caracterizada pelo uso da força, mas não pela presença da força, que existe harmoniosamente na natureza, a violência tem um caráter exclusivamente humano⁽¹³⁾.

Seguindo essa mesma linha, a violência é considerada como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulta ou tem grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação⁽¹³⁾.

A vulnerabilidade das comunidades de baixa renda, onde em geral estão inseridas as equipes de saúde da ESF, está determinada por problemas com tráfico de drogas, pelo alto nível de desemprego, pelo isolamento social, portanto com maiores probabilidades de vivenciar situações de violência. Dessa feita, os fatores sociais como a baixa

escolaridade, o desemprego, o abuso de álcool e drogas fragilizam o contexto, aumentando as situações de risco e a ocorrência de eventos violentos⁽¹⁴⁾.

Ao relatarem as dificuldades vivenciadas durante sua prática, as enfermeiras apontaram a violência cotidiana e as drogas ilícitas como fatores dificultadores ao exercício das atividades profissionais: *E também têm pessoas que não abrem a porta para ti. Às vezes não sabem o que tu estás fazendo. Às vezes, eles não querem que o ACS [agente comunitário de saúde] ou que a gente entre na casa, porque eles têm uma atividade que não querem que fiquem sabendo. Atividade ilegal, essas coisas. (AFRODITE)*

Pessoas usuárias de drogas, ladrões [...] Têm muitos lá [...] A gente não faz diferença nenhuma, a gente faz o tratamento de todos eles, entendeu? Só que essas pessoas já são mais difíceis, parece que não conhecem o nosso trabalho [...] (ELÉCTRA)

As ruas mais perigosas são as da minha equipe, aí a gente é obrigada a andar de jaleco, [...], é proteção e eu vou geralmente com dois ACS [agentes comunitários de saúde]. Eu vou com medo, não é? Mas, até agora, graças a Deus, nunca aconteceu nada. [...]. Entra ladrão lá no posto direto. Eu estava consultando uma gestante e entrou um lá no consultório, só que ele bateu a porta e saiu, não me assaltou, assaltou um menino que estava lá fora. No posto já tentaram assaltar o pessoal, a gente não. Já assaltaram o médico, botaram o revolver na cabeça dele. Às vezes eles querem quebrar tudo [...] Tem horas que a gente tem que ser um pouco rígida, porque se não [...], é complicado. Mas como eu digo: eu não desisto porque eu sei que eles precisam. (TÉIA)

Assassinato, quase todo dia!!! “Olha, fulano morreu!!! Mentira, foi? Foi tanta bala ontem a noite!!!” Eles falam naturalmente: “menino, o fulano pegou cinco tiros!!! Olha, foi lá perto de casa, era bala, bala que não acabava mais!!!” É como se fosse uma coisa assim [...] Uma conversa natural. Tem mulher que está grávida, chega lá: cadê o pai do seu bebê? “Tá preso”. É assim. Então, como eu digo: eu só não saio daqui, porque eles precisam, mas às vezes a gente cansa, sabe? Eu tenho consciência que corro risco, mas a gente tenta trabalhar a comunidade, sabe? Teve um tempo que estava demais. Toda semana a gente saía no carro da polícia de lá, escoltada. Agora já acalmou mais, está mais tranquilo, mas no início era bem pior. Porque os ACS trabalharam a cabeça da comunidade, porque não tem condições. (TÉIA)

A necessidade de atender a população foi a grande preocupação

demonstrada pelas entrevistadas, ao justificarem suas permanências nas áreas em que trabalham, expondo-se aos mais variados tipos de risco e violência no trabalho, que é considerada como qualquer incidente relacionado a abusos, ameaças ou ataques e que impliquem risco explícito ou implícito para a segurança, bem-estar e saúde dos trabalhadores⁽¹⁵⁾.

A consciência demonstrada pelas enfermeiras em relação à contribuição que podem trazer à comunidade nos reporta à concepção do cuidar em Enfermagem como estar com o outro em questões especiais da sua vida⁽¹⁰⁾, assim, também, demonstra a consciência dessas quanto ao papel que representam em um contexto de instabilidade permanente, mas que pode sofrer algum impacto positivo a partir de sua práxis profissional.

A atuação profissional na ESF, por privilegiar áreas de maior risco social e ter dinâmica de trabalho diferenciada, prevendo o contato estreito entre a equipe de saúde e a população atendida, aumenta a vulnerabilidade do profissional, especialmente por não possuir em sua retaguarda estratégias de apoio que o auxiliem a lidar com a complexidade desta prática.

Condições culturais e socioeconômicas dos usuários dificultam a práxis profissional

Entre os requerimentos demandados à enfermeira para atuar no trabalho em saúde, particularmente na ESF, está a sensibilidade à cultura e à realidade da comunidade em que irá inserir-se e desenvolver sua práxis.

Essa necessidade advém das características do trabalho da equipe de saúde, que, além da comunicação, da troca de experiências e de conhecimentos entre seus integrantes, deve estimular esta simbiose entre si e o saber popular do Agente Comunitário de Saúde, membro nato do lócus de trabalho⁽¹⁵⁾. A sua interação com a cultura da comunidade permitirá a criação de vínculos de compromisso e, estando mais próximo e compartilhando com esta a co-responsabilidade do cuidado à saúde, oportunizará a intervenção integral em fatores que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

Essa simbiose necessária é considerada como uma característica que permite ao homem realizar-se plenamente, pela cultura e na cultura, pois não há “cultura sem cérebro humano [...], mas não há mente [...],

isto é, capacidade de consciência e pensamento, sem cultura”⁽¹¹⁾.

As práticas populares inseridas no cotidiano das comunidades, especialmente as de baixa condição sociocultural-econômica, surgem como consequência da necessidade em resolver os problemas correntes e, em função dos resultados positivos, se transformam em convicção, em crenças, e assim são repassadas ao longo das gerações, pelas famílias, que têm papel importante na manutenção da saúde de seus membros e da comunidade, tornando-se, portanto, um fator a ser administrado ou superado através de ações educativas: *As pessoas não acreditam muito naquilo que a gente está falando..., têm as crenças delas, não acreditam mesmo [...], a gente esbarra mais com a questão da população não acreditar muito naquilo que a gente está falando, mais por questões culturais. É questão cultural mesmo, acreditam mais no chá. (AFRODITE)*

Não cem por cento, não cem por cento, mas vale a pena [a ação educativa]. Porque não cem por cento vai aprender, vai mudar o que fazia diariamente, por aquilo que a gente está orientando, não é? Pela questão da cultura, como eu falei, acham [a clientela] que não vai fazer diferença, que a avó dizia que não era assim e vai continuar fazendo errado ou do jeito que ela acha que é certo. (EURÍBIA)

A análise das falas das enfermeiras permitiu identificar que, no contexto de suas comunidades de trabalho, as práticas populares se mantêm como o primeiro recurso utilizado pelas famílias para cuidar de seus membros. Esta constatação vai ao encontro da afirmativa de que “a medicina baseada no saber popular mantém-se viva no cotidiano da população. Medidas profiláticas e terapêuticas caseiras são realizadas com o intuito de buscar ou manter um estado de bem-estar próximo ao que é concebido como ideal. Essas práticas são, geralmente, trabalhadas no âmbito familiar e, quase sempre, repassadas entre diferentes gerações”⁽¹⁷⁾.

A realidade socioeconômica e os valores culturais da comunidade também foram explicitados como fatores que dificultam o compartilhamento da responsabilidade do cuidado à saúde, entre enfermeiras e usuários: *A gente bate muito a questão dos preservativos porque eles não têm uma aceitação, acham que o preservativo é só para evitar a gravidez e eles precisam mudar, ter outra visão da realidade, para que possam se prevenir e cuidar da saúde. (ÁSIA)*

Tem uns que aceitam, tem uns que não. “Que nada. Vocês são muito chatas, vocês falam demais” [...], a gente tem alguns pacientes assim. Mas têm outros que quando voltamos, a casa está limpinha. “Olha! Eu estou bem melhor, nunca mais tossi, meu marido nunca mais

gripou, a menina nunca mais espirrou, “a senhora num sabe?” É assim que eles falam. E, aí, a gente vê que tem uns que escutam e absorvem. Têm outros que entra por um lado, sai pelo outro [...] A gente diz assim: “tu tens que fazer” [...] “Queee fazer nada!!! Não tenho tempo, eu tenho três filhos, tenho que lavar roupa, cozinhar”. (TÉIA)

Têm péssimas condições de higiene. A água lá é péssima [...] Eles pegam água daqui [...], e levam para poder beber. Então, assim, eu oriento a usar o hipoclorito. A higiene das mãos na saída do banheiro, quando vai comer; cortar as unhas. Sempre eu oriento isso porque, se não, ficam todo o tempo com remédio e, aí, eu oriento. (RÉIA)

Se vamos à casa, lá estamos vendo o que ele está comendo [...], acho que é muito importante [...]. Lá na casa estamos vendo como é o lixo. Quando se pergunta como é seu lixo? É tudo direitinho, acondicionado. Quando chegamos lá tem lixo ao redor da casa. (AFRODITE)

Os relatos evidenciaram que os valores culturais estão fortemente inseridos no contexto social em que vivem os usuários, portanto é fundamental, para obtenção do resultado ideal em suas práxis, que as enfermeiras considerem que estes valores, construídos a partir de crenças e práticas, de maneira inconsciente fundamentam as decisões desse grupo de pessoas.

Nesta perspectiva, acreditando que “ [...], qualquer ação de prevenção, tratamento ou de planejamento de saúde necessita levar em conta valores, atitudes e crenças de uma população [...]”⁽¹⁸⁾, consideramos que esse reconhecimento represente aproximar-se das diversidades culturais ou subculturas que, mantendo seus próprios valores e crenças, subsistem sob uma cultura dominante ou “cultura de massa”, exigindo dos profissionais o entendimento aprofundado sobre o universo cultural dos indivíduos com quem trabalham, resultante do confronto entre conceitos previamente construídos e o universo vivenciado⁽¹⁹⁾, para que possam superar gradativamente os obstáculos que enfrentam cotidianamente.

CONCLUSÃO

Os problemas de ordens distintas enfrentados no cotidiano, constatação feita a partir do que foi expresso pelas enfermeiras, em geral extrapolam a governabilidade do profissional atuante na Atenção Básica. Entretanto, por não representarem situações merecedoras de destaque “midiático”, que requeiram soluções imediatas, podem levar à

dificuldade em identificá-los, pondo em risco a relação de vínculo serviço/comunidade, preconizada pela Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIA

- 1 Souza ML, Sartor VVB, Padilha MICS, Prado ML. O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. *Texto Contexto Enferm*. 2005;14(2): 266-70.
- 2 Leonello VM, Oliveira MAC. Competências para ação educativa da enfermeira. *Rev. Latino-Am. Enferm*. [internet] 2008; [acesso em: 27 out 2009];16(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_02.pdf
- 3 Yin RK. Estudo de caso. Planejamento e métodos. 3a ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
- 4 Peshkin A. The goodness of qualitative research. *Education Research*.1993;22(2):23-29.
- 5 Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2a ed. Porto Alegre: ARTMED; 2008.
- 6 Portaria nº 198/GM/MS (BR). Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília: MS; 2004.
- 7 Machado MH, organizador. Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
- 8 Reibnitz KS, Prado ML. Inovação e educação em enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura; 2006.
- 9 Vasconcelos E. Educação popular e a atenção à saúde da família. 4a ed. São Paulo: HUCITEC; 2008.
- 10 Souza ML, Sartor VVB, Prado ML. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2005 Jan-Mar; 14(1):75-81.
- 11 Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. 11a ed. São Paulo: Cortez; Brasília DF: UNESCO; 2006.
- 12 Vázquez AS. Filosofia da práxis. Tradução de Luiz Fernando Cardoso. 3a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1990.
- 13 Dahlberg LL, Krug EG. Violência como um problema global de saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006 abr./jun.; 11 (2): 277-92.
- 14 Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*.

2006 ago;40(4):595-603.

15 Wynne R, Clarkin N, Cox T, Griffiths A. Guidance on the prevention of violence at work. In: Happell D, Di Martino V. La violence au travail. Genève: Bureau international du travail; 2000.

16 Ministério da Saúde (BR). Atenção Básica e a Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica [on line] [citado em 07 set 2009]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>

17 Siqueira KM, Barbosa MA, Brasil VV, Oliveira LMC, Andraus LMS. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes socioculturais. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(1):68-73.

18 Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 4a ed. Petrópolis: Vozes; 1995.

19 FREIRE, P. Pedagogia do oprimido e pedagogia da esperança, um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

CAPÍTULO VIII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho é resultado de um estudo focado na participação da educação formal para a construção dos referenciais que orientam a prática das enfermeiras, egressas da UFPA, na atenção básica, na identificação destes referenciais e em como as enfermeiras vêm desenvolvendo sua prática neste nível de atenção.

Para atingir este propósito foi necessário: conhecer a contribuição da Instituição de Ensino na construção dos referenciais durante o processo de formação das enfermeiras; identificar os referenciais e como se expressam na prática das enfermeiras na Atenção Básica de Saúde; conhecer as concepções das enfermeiras a respeito da dimensão da prática educativa na Atenção Básica de Saúde; conhecer as práticas educativas e as dificuldades das enfermeiras na Atenção Básica de Saúde; reconhecer o nível de práxis das enfermeiras nas ações educativas desenvolvidas na Atenção Básica de Saúde.

Ao aceitar esse desafio era necessário inicialmente me aproximar e confrontar ideias e pensamentos existentes sobre o tema escolhido, definir suporte teórico-filosófico e postura metodológica, para dar conta de uma abordagem que remontasse todas as certezas e verdades construídas até então, que desse embasamento aos resultados do estudo.

Esta incursão no tema, muito mais do que a busca de um ponto de chegada, representava para mim, como docente, um novo começo, não somente do ponto de vista do crescimento profissional, de aproximação à prática das enfermeiras na atenção básica, em realidades e contextos sociais diferenciados, permitindo ter uma visão de maior latitude, mas também no sentido de contribuir com a preparação de profissionais aptos ao enfrentamento dos problemas de saúde/sociais contemporâneos.

Orientadas por Vázquez e Paulo Freire, grandes mestres da Práxis e da Educação Libertadora, respectivamente, essa caminhada e aproximação às enfermeiras em sua realidade concreta foram conduzidas pelo princípio da dialógica, ouvindo e respeitando a complexidade das diferentes realidades, a partir do diálogo franco, aberto e sensível.

O primeiro prima por uma práxis material, efetiva, prática e exclusiva do ser social, que como atividade especificamente humana implica a intervenção da consciência, graças à qual o resultado existe duas vezes – e em tempos diferentes – como resultado ideal e como

produto real. O segundo concebe a educação como um processo que, permeado pelo amor e pela esperança, é permanente, dinâmico, transcendente, inacabado e inconcluso, em que o homem deve participar como sujeito e não objeto, na busca da transformação de sua realidade e de crescimento.

Ao esboçar o conhecimento acerca da prática da enfermeira na atenção básica, tive o propósito de desvelar os referenciais que orientam essa prática, contribuindo para a compreensão de como tais referenciais são construídos no seu processo de formação, de modo que sejam coerentes com as mudanças e transformações da sociedade e sirvam de reorientação à prática na Atenção Básica.

Ciente da importância da visão de práxis para o alcance do resultado ideal que se busca obter, é possível argumentar que é um mecanismo de intervenção, porque nela os diversos atos do processo se articulam entre si ou se estruturam de acordo com o objetivo que se pretende obter e, por mais que o real esteja distanciado do ideal, ela tem a capacidade de adequar, intencionalmente, a realidade ao que se pretende, ao que se busca. Esta capacidade é viabilizada pelo seu caráter humano, consciente.

Dito de outro modo, a práxis tem um lado subjetivo e outro objetivo inseparáveis. Ela é objetiva porque consegue, efetivamente, transformar materialmente o homem, a sociedade e a natureza e é subjetiva porque necessita da consciência para transformar o ato real em ideal. Dessa forma, a práxis se caracteriza pela unidade entre teoria e prática (VÁZQUEZ, 1990).

A educação libertadora estimula a consciência reflexiva, de modo que o educando reflita sobre sua própria realidade e, compreendendo-a, possa levantar hipóteses sobre os desafios propostos e procurar alternativas para enfrentá-los em qualquer contexto social.

Quanto ao papel da educação libertadora no contexto da práxis, Freire (2007) refere que somente um método que privilegie a ação-reflexão, o diálogo, o pensar certo e não simplesmente o repasse de informações, dará conta de um fazer humanista e problematizador, culminando na transformação da realidade e do próprio homem.

O ordenamento conceitual, com base no método de Strauss e Corbin (2008), possibilitou evidenciar de forma sistematizada, criativa e interativa a participação e a contribuição da educação formal na construção dos referenciais que orientam a prática das enfermeiras na atenção básica, como as enfermeiras vêm desenvolvendo sua prática

neste nível de atenção e, igualmente, as contradições e incerteza que dificultam esta prática.

O procedimento analítico proposto por Strauss e Corbin (2008) como processo facilitador para o agrupamento dos dados possibilitou apreender cinco categorias de análise, com base nas fases de codificação aberta e codificação axial.

A categoria “O modelo pedagógico na educação formal e seus reflexos na formação de enfermeiras” evidencia as formas de promover o processo de ensino-aprendizagem, os contextos e formas de abordagens das bases teóricas de enfermagem e de educação durante o processo de formação e a importância da participação do educando para a apreensão do conhecimento.

As características que marcaram esta categoria dizem respeito à presença do modelo tradicional de ensino e do processo de transição, caracterizado pelas evidências do modelo libertador emergente.

Este modelo libertador, embora emergente, parece ter oportunizado situações crítico-reflexivas, que contribuíram para a postura reflexiva expressa pelas entrevistadas, quanto à influência, em sua prática profissional, da atitude assumida durante o seu processo de formação e quanto à necessidade, ao bom desempenho profissional, de embasamento científico permanente.

A categoria “A articulação ensino-serviço e seus reflexos na formação de enfermeiras” evidencia as condições como ocorreu a articulação teoria/prática durante o processo de formação para a atenção básica, as contribuições da integração ensino-serviço e das atividades complementares para a formação.

As situações de plena articulação entre teoria e prática oportunizam reflexões, em consonância com a reorientação sobre educação em saúde, vinculadas à realidade, e as novas abordagens de ensino-aprendizagem, dentre as quais as atividades complementares, representam um fator diferencial no processo de formação.

As situações vivenciadas durante a formação, que oportunizaram a articulação entre teoria e prática, foram identificadas pelas entrevistadas como oportunidades de reflexão sobre a realidade e, mesmo considerando as dificuldades relatadas, demonstram ter representado estímulo à criatividade e à autonomia do discente e oportunizado práticas de educação em saúde à comunidade. Nesse contexto, as atividades complementares, como consequência das mudanças no processo ensino-aprendizagem emergem como um diferencial no processo de formação das entrevistadas.

Entretanto esta categoria também demonstra que, mesmo

existindo um contexto favorável que evidencia espaços múltiplos para a prática da enfermeira em formação, assim como a sinalização de novas abordagens teórico-práticas, como manifesto do modelo libertador emergente, existiram impedimentos em efetivar plenamente essa articulação, reflexo, algumas vezes, da dificuldade de articulação ensino-serviço, contrária à abordagem prático-reflexiva.

A categoria “A educação formal como base da práxis de enfermeiras na atenção básica” evidencia as contribuições que o conhecimento científico traz para a profissional e sua práxis, os instrumentos teóricos que embasam as enfermeiras, a contribuição da educação formal no processo de sua formação integral e as bases teóricas que fundamentam sua formação para a Atenção Básica.

O conhecimento científico manifesta-se como estratégia capaz de diferenciar e ampliar as possibilidades da práxis profissional, pois ficou explícita a importância que as enfermeiras atribuem a esta dimensão como base de seus procedimentos, como instrumento para o alcance do resultado qualitativo de suas atividades profissionais e de estímulo à busca do diferencial na prática profissional.

Entretanto, em detrimento desse reconhecimento, as práticas em serviço são quase que exclusivamente embasadas em documentos normatizadores da atenção à saúde, prática estabelecida desde a educação formal e orientada pelo próprio lócus de trabalho que, apesar do indiscutível mérito, evidencia a práxis reiterativa, acusando uma débil intervenção da consciência, dificultando o reconhecimento da interferência de fatores psicológicos, culturais e sociais na condição de vida saudável da população.

Outro aspecto enfocado pelas enfermeiras foi a participação da instituição formadora em sua educação integral, ultrapassando a formação profissional e contribuindo para uma nova visão de mundo mais humanizada, com reflexo positivo em sua prática profissional, concebendo a educação como um instrumento de transformação do homem, mediado pelo professor e seu papel político-pedagógico.

No intuito de atender ao objetivo deste estudo, foi necessário conhecer a contribuição da Instituição de Ensino na construção dos referenciais durante o processo de formação das enfermeiras e, dentre as características que emergiram das três categorias supramencionadas, que respondem a esta necessidade, ressaltem-se a postura reflexiva, o estímulo à criatividade e à autonomia, a contribuição para uma visão de mundo humanizada, que pareceram ter como elemento indutor o modelo

libertador, ainda que emergente, na formação das enfermeiras.

Por outro lado, a identificação de referenciais que se expressam através da práxis reiterativa leva à necessidade de reavaliar o enfoque reprodutivo, dando lugar a enfoques que enfatizem fatores sociais como determinantes dos problemas de saúde, oportunizando aos educandos a visão de que a responsabilidade pela promoção da saúde encontra-se, também, no contexto das políticas sociais.

A categoria “Aprender e ensinar no cotidiano do trabalho: reflexões de enfermeiras em sua práxis na atenção básica” evidencia as experiências adquiridas e acumuladas pela observação e convivência no cotidiano do trabalho, o reconhecimento de que se engajar no contexto é importante para o resultado positivo do trabalho, as estratégias utilizadas no desenvolvimento do processo educativo, a importância em fundamentar a educação na realidade da clientela e em trabalhar o processo de educação permanente no cotidiano do trabalho e o reconhecimento da educação como ferramenta para a práxis na atenção básica.

A percepção de que a educação é um processo contínuo e de que o profissional é um ser em permanente busca de conhecimento dá ao ambiente profissional a conotação de ambiente educativo e desmistificador de conceitos pré-construídos, onde o aprendizado ocorre nas atividades cotidianas, muitas vezes transformadas em desafios, que devem ser enfrentados como forma de validar o conhecimento.

A aproximação ao contexto em que vive a comunidade, pela familiaridade e respeito às suas práticas, foi explicitada como estratégia para alcançar o objetivo da prática profissional, possibilitando o diálogo, o aprendizado dos valores, crenças e hábitos inseridos naquele contexto e o conhecimento da situação econômica em que vive a clientela atendida.

Apesar da utilização majoritária de palestras, caracterizadas como cuidado informativo há a cautela em adaptar os modos de ação às peculiaridades, hábitos e costumes da população, com a utilização de espaços na própria comunidade, facilitando a penetração e o conhecimento da realidade vivenciada e a valorização de suas escolhas, dessa feita caracterizando o cuidado construtivo, dando sentido às ações educativas inseridas em seu contexto, aproximando-se da visão da práxis criadora, como guia de transformação.

Em contrapartida, a abordagem assumida durante o processo de educação permanente no serviço segue a linha da educação persuasiva e do repasse verticalizado de conhecimentos, caracterizando o cuidado informativo, dificultando o alcance de seus objetivos, já que, para tal,

necessita considerar os educandos/trabalhadores como sujeitos de seu processo de construção, contribuir para que as ações dos profissionais de saúde passem a ser guiadas pela consciência reflexiva e colaborar para que essas ações sejam integradas, em que todos participem com seus saberes, para o benefício dos usuários e da comunidade.

Como instrumento de trabalho, a educação foi considerada ferramenta essencial no processo de aprender e ensinar no cotidiano, além de fundamental na tentativa de superação das dificuldades enfrentadas rotineiramente. Entretanto a efetividade dessa ferramenta está diretamente relacionada à forma de sua utilização e ao nível de práxis assumido pelas enfermeiras durante sua atuação profissional.

A categoria “Razões e dificuldades para o desenvolvimento das ações educativas na prática de enfermeiras na atenção básica” evidencia as dificuldades operacionais do serviço, a rejeição do usuário ao trabalho da equipe e ao seu quadro de saúde, as práticas ilegais e violência existente na comunidade e as precárias condições socioeconômicas dos usuários do serviço de saúde.

Dentre as dificuldades operacionais, as de relacionamento profissional não são inesperadas, particularmente se for considerado que no mundo do trabalho em saúde existem especificidades, como o trabalho do tipo coletivo, e se configura uma rede de relações tecida no cotidiano, entre agentes que portam saberes diferenciados e desenvolvem práticas distintas, sendo necessária certa disponibilidade para que reconheçam e respeitem suas diferenças.

A falta de investimentos em recursos humanos e na estrutura física do serviço, a grande demanda e a elevada atividade burocrática são fatores que refletem diretamente na atenção ao usuário, particularmente se somados às dificuldades dos sistemas de referência e contrarreferência²², que, se funcionando adequadamente, minimizariam os problemas oriundos das deficiências estruturais da Atenção Básica.

As dificuldades com a clientela, relativas à não aceitação das orientações emanadas pela equipe de saúde, em geral têm raiz na

²² Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, ou seja, “o cidadão pode ser contra-referenciado, isto é conduzido para um atendimento em nível mais primário”, devendo ser este a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio” (FRATINI JRG et al apud BRASIL 2003; MAEDA, 2002, p. 67).

influência cultural das famílias e em suas condições econômicas e sociais. Entretanto outros fatores devem ser considerados como influentes àquela baixa adesão, tais como a abordagem do profissional e a credibilidade deste frente à comunidade.

Buscando minimizar esse problema, considero que os profissionais devam ponderar as diferenças culturais e a importância das práticas populares no contexto das famílias, desmistificando aquelas que forem nocivas, mas considerando as salutares, evitando provocar sentimentos de rejeição ao trabalho por eles desenvolvido.

Os problemas de ordem social, como a violência diária, que coloca em risco a integridade física e psicológica do profissional, muito mais que os problemas de saúde, extrapolam a governabilidade do profissional atuante na Atenção Básica e trazem como consequência a falsa indiferença aos problemas vivenciados, como forma de fugir das agressões sofridas pelas incompreensões, decepções, pressões e dificuldades não previstas no exercício de sua função, expressando-se em doenças orgânicas e conflitos profissionais e familiares.

Essa constatação, feita a partir do que foi expresso pelas enfermeiras, evidencia que os problemas vivenciados na Atenção Básica são de ordens distintas, mas, por não representarem situações merecedoras de destaque “midiático”, que requeiram soluções imediatas, podem levar à dificuldade em identificá-los, pondo em risco a relação de vínculo serviço/comunidade, preconizada pela Estratégia Saúde da Família.

Ainda no intuito de atender ao objetivo do estudo, foi necessário conhecer as práticas educativas e as dificuldades das enfermeiras, suas concepções a respeito da dimensão desta prática, como também reconhecer os seus níveis de práxis nas ações educativas desenvolvidas na Atenção Básica de Saúde.

Dentre as características que emergiram das duas categorias supramencionadas, que respondem a estas necessidades, ressaltam-se a conotação de ambiente educativo dada ao ambiente profissional, a aproximação e familiaridade ao contexto em que vive a comunidade, a percepção de educação como ferramenta no processo de aprender e ensinar e na tentativa de superação das dificuldades enfrentadas rotineiramente, a prática do cuidado construtivo, aproximando-se da visão da práxis criadora, e a prática do cuidado informativo, aproximando-se da práxis reiterativa. No âmbito das dificuldades foram explicitadas as de relacionamento profissional, a falta de investimentos, as dificuldades com a clientela e os problemas de ordem social.

Este estudo, que buscou desvelar como as bases teóricas da

educação em enfermagem contribuem para a determinação da práxis da Enfermeira na Atenção Básica de Saúde, foi orientado pelo olhar de um grupo de enfermeiras egressas da UFPA.

Nessa perspectiva, o estudo possibilitou compreender que a instituição formadora vem, gradativamente, contribuindo para um novo significado do cuidado como prática social, na medida em que, vivenciando um processo de transição no modelo de ensino, já oportuniza postura reflexiva, estímulo à criatividade e à autonomia e contribui para uma visão de mundo mais humanizada, levando à compreensão de que, no cenário atual, possui uma função essencial.

Considerando a Enfermagem como profissão central no sistema de saúde, que, por suas práticas interativas e integradoras de Cuidar, vem adquirindo progressivamente repercussão cada vez maior no âmbito da educação e da saúde, particularmente na proteção e promoção, pode ser configurada como a profissão do futuro, pela possibilidade de compreender o indivíduo não como um ser doente, mas como um ser complexo, com potencial auto-organizador, por isso, participe e autor da sua própria história.

Nessa linha de pensamento, Reibnitz e Prado (2006) argumentam que, na contramão da crise por que passa a humanidade, com consequências severas na vida do planeta, a enfermagem pode representar o caminho possível para a conquista de maior qualidade de vida para todos. Nesse contexto, as autoras veem o papel do órgão formador como protagonista, “pois cabe a ele a formação do sujeito ético, capaz de exercer sua cidadania nos fundamentos da liberdade, da autonomia e da responsabilidade coletiva” (REIBINITZ E PRADO, 2006, p. 24).

Ao chegar ao final dessa longa jornada, considero haver ratificado a TESE de que a Educação é um instrumento, uma ferramenta, para ajudar a superar a interferência, ainda hoje existente, dos referenciais educativos tradicionais nas práticas de saúde vigentes, distantes dos enunciados da reforma sanitária, pois concluo que a práxis da enfermeira não depende unicamente de referenciais teóricos construídos ao longo de sua atividade profissional, mas depende, também, da participação da educação formal para a construção destes referenciais, que serão potencializados e potencializadores para a vivência profissional.

Vale registrar que procurei trazer neste estudo algumas considerações a partir de meu olhar, válidas para as circunstâncias e para

a época em que foi realizado, portanto aberto a novas buscas, considerando que a busca do conhecimento é ilimitada, por ser um processo dinâmico, transcendente, inacabado e inconcluso (FREIRE, 2007).

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família:** pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)* v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- ARROYO, Miguel. **Ofício de mestre.** Petrópolis: Vozes, 2000.
- BACKES, Vânia Marli Schubert. **Estilos de pensamento e níveis de práxis na enfermagem:** a contribuição do estágio pré-profissional. 1999. 283f. Tese de (Doutorado em Enfermagem) –Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.
- BAHIA, Cinara Ciberia Meireles; ROCHA Genylton Odilon Rego da. **A formação do pedagogo no Brasil:** o movimento de reorientação curricular proposto pelo Conselho Nacional de Educação a partir da lei 9.131/95. 2007. Monografia (Graduação em Pedagogia) Universidade Federal do Pará, Belém, 2007.
- BARROS DE MEDEIROS, Cristina Maria. Desafios dos sistemas de serviços em saúde: integração e redes no setor. **Revista Textos de la CiberSociedad**, v. 16, 2008. Disponível em: <<http://www.cibersociedad.net>> Acesso em: 07 setembro 2009.
- BIZZO, M.L.G. Difusão científica, comunicação e saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 307-314, 2002.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 225, de 08 de maio de 1997. Brasília: MAS/IBGE, 2005.
- _____. Ministério da Educação. Parecer nº 314/94 e Portaria MEC nº 1.721/94. Brasília: MEC, 1994.
- _____. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em: <http://www.proacad.ufpe.br/dde/diretrizes_curriculares/0301enfermagem.m.doc> Acesso em: 08 agosto 2009a.
- _____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. *Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação*. [online]. Brasília, 2004b. Disponível em : <http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=view&id=430&Itemid=420> Acesso em: 08 agosto 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>> Acesso em: 07 setembro 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS**. NOB – SUS 01/96. Brasília: MS, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 373/2002. Institui a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2023/2004. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>> Acesso em: 07 setembro 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dmedprev/planejamento/pdf/port_GM198.pdf> Acesso em: 07 setembro 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes Conceituais**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/dab>> Acesso em: 20 junho 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Informe nº 16 da Atenção Básica**. Atuação do Enfermeiro na Atenção Básica. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo16.pdf>> Acesso em 19 outubro 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2004.

CARTA DE OTTAWA. Ottawa: OPAS, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>> Acesso em: 15 agosto 2008.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CHIRELLI, M.Q; MISHIMA, S.M. A formação do enfermeiro crítico-reflexivo no Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 74-84, set.-out. 2003.

CORRÊA, Ayrton Dutra. Escola Tecniciста: teoria e prática educativa. **Cadernos Didáticos do Curso de Pós-Graduação em Educação**, Santa Maria: UFSM, n.17, p.1-44, 1990.

COSTA, N. R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. **Cad. Cedes**, n. 4, p. 5-27, 1993.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M.; SILVA, P. L. B. **A descentralização do Sistema Público de Saúde no Brasil**: balanço e perspectivas. São Paulo: Nepp/Unicamp, 1999. 33 p.

CUEVAS, Ramírez Jesús. **Adolfo Sánchez Vasquez, la lucidez y la congruencia**. Texto Mimeografado, 2005. 10.pág.

DAHLBERG LL, Krug E. G. Violência como um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 277-92, abr./jun.2006.

DELORS Jacques. **Educação**: um tesouro a descobrir. São Paulo: UNESCO, MEC, Cortez Editora, 1999.

FAVARET, P.; OLIVEIRA, P. J. A. Universalização Excludente. Reflexão sobre a Tendência do Sistema de Saúde. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, n. 3, jun. 1996.

FERRAZ, F. **Educação permanente/continuada no trabalho**: um direito e uma necessidade para o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional. 2005. 263p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2005.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e Contra Referência: Contribuição para a Integralidade em Saúde. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n. 1, p. 65-72, jan/mar. 2008.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Editora Moraes, 1980. 102p.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

_____. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. **Extensão ou comunicação**. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

_____. **Pedagogia da autonomia**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do oprimido e pedagogia da esperança, um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 21. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

_____. **Educação e mudança**. 20. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

_____. **Política e educação: ensaios**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1993a.

GADOTTI, Moacir. **Convite à leitura de Paulo Freire**. 2.ed. São Paulo: Scipione, 1991.

GADOTTI, M. et al. **Perspectivas atuais da educação**. Porto Alegre: ARTMED, 2000.

_____. **Paulo Freire uma Biobibliografia**. São Paulo: Cortez/Instituto Paulo Freire; Brasília; UNESCO, 2003. 765p.

GAZZINELLI, M.F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D. C.. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

GERALDI, L. **Dificuldades de aprendizagem da matemática**. 2003 (mimeo).

GHIRALDELLI JÚNIOR, P. **O que é pedagogia (novo)**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

GOLDIM, J. R. **Princípios básicos da bioética**. Princípios Éticos. 2003. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/belmont.htm>> Acesso em: 20 junho 2009.

GUEDES, C.R.; NOGUEIRA, M.I.; CAMARGO JR, K.R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, n.4, Oct./Dec. 2006.

HADDAD, A. E. et al (Orgs). **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

IBIAPINA, Ivana Maria Lopes de Melo; FERREIRA, Maria Salomilide. A pesquisa colaborativa na perspectiva sócio-histórica. **Linguagens, Educação e Sociedade**, Teresina, n. 12, p. 26-38. jan./jun. 2005.

KINCHELOE, Joe L. **A formação do professor como compromisso político**. Mapeando o pós-moderno. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KOSTER, I. **“Toolkit” para o trabalho na estratégia saúde da família** (ESF). Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acessado em: 15 agosto 2009.

LENTZ, R.A.; ERDMANN, A.L. Perspectiva Construtivista e Constitutiva para um modo de Fazer o Processo de Controle da Infecção Hospitalar. In: ERDMANN, A.L.; LENTZ, R.A. (Org.). **Aprendizagem contínua no trabalho**: possibilidades de novas práticas no controle de infecções hospitalares. São José: SOCEPRO, 2003. p. 33-57.

LIBÂNEO, J.C. **As Teorias pedagógicas modernas revisitadas pelo debate contemporâneo na educação**. 2005. Disponível em: <<http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo>> Acesso em: 07 outubro 2009.

MACHADO, M. H. (Org.). **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p. 13-33.

MAEDA, S. T. **Gestão da referência e contra-referência na atenção ao ciclo gravídico-puerperal**: a realidade do Distrito do Butantã. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MARTINS, P.P.S. **Atendimento pré-hospitalar**: atribuição e responsabilidade de quem? uma reflexão crítica a partir do serviço do Corpo de Bombeiros à luz da filosofia da práxis. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

MARTINS, P.P.S.; PRADO, M.L.; REIBNITZ, K.S. Por uma Práxis de Enfermagem Criativa e Reflexiva. **Ciência e Enfermagem**, v. 12 n. 2,

p. 15-22, 2006.

MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia alemã** - Teses Sobre Feuerbach. Tradução de Silvio Donizete Chagas (Superv.). Blumenau: Moraes Ltda, 1984. 120 p.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual:** educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. 2005. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br>> Acesso em: 07 outubro 2009.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M.C. S. (Org.) **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

MIRANDA KCL, BARROSO MGT. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 julho-agosto; 12(4):631-5.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. 11. ed. São Paulo: Cortez; Brasília DF: UNESCO, 2006.

MOYA, J.L.M.; PARRA, S.C. La Enseñanza de la Enfermería como uma prática reflexiva. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n. 2, p. 303-311, 2006.

NETO, David Lopes et al. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p.

_____. Um olhar sobre as avaliações de Cursos de Graduação em Enfermagem **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 1, p. 46-53, jan-fev. 2008.

NIETZSCHE, Elisabeta Albertina. As Teorias da Educação e o Ensino da Enfermagem no Brasil, In: SAUPE, Rosita (Org.). **Educação em enfermagem.** Da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: UFSC, 1998. p. 121-161.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, F. **“AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde”** Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Abrasco/Relume-Dumará, 1994.

OGUISSO, T. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. **Rev. Técnica de Enfermagem - Nursing.**, n. 20, p. 22-25, jan. 2000.

PARÁ. Secretaria Executiva de Saúde Pública. **Divisão de Apoio à Municipalização.** 2008. Belém. (mimeo)

PESHKIN, A. The goodness of qualitative research. **Education Research.**, v. 22, n. 2, p. 23-29, 1993.

PRADO, M.L.; REIBNITZ, K.S.; GELBCKE, F.L. Aprendendo a Cuidar: a sensibilidade como elemento plasmático para formação da profissional crítico-criativa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 296-302, abr.jun. 2006.

REIBNITZ, K. S; PRADO M. L. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006. 240 p.

REICHENHEIM, M. E.; DIAS, A. S.; MORAES, C. L. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 595-603, 2006.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da Enfermagem e sua relação com a Saúde Pública**. Goiânia: AB Editora, 1999.

SANTANA, F.; NAKATANI, A. Y. K.; SOUZA, A. C. S. et al. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem: uma visão dialética. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 03, p. 295 - 302, 2005. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_06.htm>. Acesso em: 08 agosto 2009.

SAUPE, Rosita; BRITO, Valdete Herdt; GIORGI, M. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da enfermagem. In: SAUPE, Rosita. (Org). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: UFSC, 1998.

SAVIANI, Dermeval. **Educação, do senso comum à consciência filosófica**. 17. ed. revista. Campinas: Autores Associados, 2007.

SCHMIDT, S.M.S.; BACKES, V.M.S. Educação Continuada no Trabalho: uma proposta institucional. In: JORNADA NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 7, 2001. **Anais...** 7. Jornada Nacional de Educação – (CD-Rom). Santa Maria: UNIFRA, 2001.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SILVA, Cheila Portela; DIAS, Maria Socorro de Araújo; RODRIGUES, Angelo Brito. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, sup.1, p. 1453-1462, 2009.

SILVA, Maria Elisabeth; GONZAGA, Flavia Ramos; VERDI, Marta

Machado. Marco conceitual para a prática assistencial de enfermagem enquanto processo educativo em saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 45, n.1, p. 54-59, jan/mar. 1992.

SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; BRASIL, V.V. et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes socioculturais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 68-73, 2006.

SOUZA, M. L.; SARTOR, V. V.B.; PADILHA, M. I. C. S. et al. O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 2, p. 266-70, abr.-jun. 2005.

SOUZA, M.L.; SARTOR, V. V. B.; PRADO, M. L. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 75-81, jan.-mar. 2005.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2008.

THE BELMONT REPORT. **Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects**. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012, 1978. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/belmont.htm>> Acesso em: 18 junho 2009.

THOFEHRN, Maira Buss; LEOPARDI, Maria Tereza. Teorias de enfermagem, trabalho e conhecimento contemporâneo. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 86-104, jan.-abr. 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação da Universidade Federal do Pará. **Cadernos da PROEG**, n. 7, 2005. Disponível em: <www.proeg.ufpa.br/view/inicio/downloads.php?idDoc=25> Acesso em: 05 maio 2008.

VASCONCELOS, E. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Filosofia da práxis**. 3. ed. Tradução de Luiz Fernando Cardoso. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

_____. **Filosofia e circunstâncias**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

WATSON, J. **Nursing: human science and human care: a theory of nursing**. Denver/Colorado: National League for Nursing, 1988.

WYNNE, R.; CLARKIN, N.; COX, T. et al. Guidance on the prevention of violence at work. Bruxelles, Commission européenne. In: HAPPELL,

D.; DI MARTINO, V. **La violence au travail**. Genève: Bureau international du travail, 2000. p.15.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**. Planejamento e Métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP: 88040-900 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA-BRASIL
Fone/Fax: (048) 3721.9480 – 3721.9399 – 3721.9787
E-mail: pen@nfr.ufsc.br
www.nfr.ufsc.br/pen

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Márcia Maria Bragança Lopes, enfermeira, matriculada no curso de doutorado interinstitucional em enfermagem UFSC/UFPA. Estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “Educação em Enfermagem e a Práxis da Enfermeira na Atenção Básica de Saúde” com o objetivo de desvelar como as bases teóricas da educação em enfermagem contribuem para a determinação da práxis da enfermeira na atenção básica de saúde e este objetivo só será alcançado com sua participação. Nesse sentido, gostaria de contar com sua colaboração participando de entrevista, de observação participante e de reuniões de grupo. Fica assegurada a garantia de anonimato das informações fornecidas, podendo desistir a qualquer momento se assim o desejar. Esclareço que as informações serão gravadas, utilizadas para a tese de doutorado e posterior publicação. Sua participação poderá contribuir para a construção de uma práxis da enfermeira, na atenção básica de saúde, mais efetiva, uma vez que a avaliação servirá de indicativo para direcionar o processo de formação de futuras enfermeiras e da educação no trabalho. Após a etapa da entrevista e transcrição, seu relato será entregue para seu parecer final, estando livre para acrescentar ou corrigir as informações que julgar pertinente. Desta forma, ao assinar este documento, você estará declarando aceitar fazer parte deste estudo.

Agradeço sua colaboração, colocando-me a disposição para quaisquer esclarecimentos e dúvidas pelos telefones: (91) 3225-0980/9981-9158/3201-6809. E-mail: mmbl@ufpa.br

Márcia Maria Bragança Lopes

**PESQUISADORA PRINCIPAL
RESPONSÁVEL**

Marta Lenise do Prado

PESQUISADORA

Eu, _____,
fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “Educação em Enfermagem e a Práxis da Enfermeira na Atenção Básica de Saúde” e ciente dos objetivos e compromissos da pesquisadora sobre a utilização das informações, concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

_____ (PA) _____, de _____ de 2009.

Assinatura:..... RG:

APÊNDICE B - Protocolo de Entrevista



Programa
de Pós-Graduação
em Enfermagem

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP: 88040-900 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA-BRASIL
Fone/Fax: (048) 3721.9480 – 3721.9399 – 3721.9787
E-mail: pen@nfr.ufsc.br
www.nfr.ufsc.br/pen

PROTOCOLO DE ENTREVISTA

Projeto de Pesquisa: “Educação em Enfermagem e a Práxis da Enfermeira na Atenção Básica de Saúde”

Pesquisadora Principal: Márcia Maria Bragança Lopes

Pesquisadora Orientadora: Profa Dra Marta Lenise do Prado

Protocolo de Entrevista

DADOS GERAIS DO ESTUDO

- Questões Norteadoras:

- ✓ qual a participação da educação formal na construção dos referenciais teóricos que norteiam a práxis das enfermeiras na atenção básica de saúde?
- ✓ Como as bases teóricas da educação em enfermagem norteiam a práxis da enfermeira na atenção básica de saúde?
- ✓ Como as enfermeiras vêm desenvolvendo sua práxis na atenção básica de saúde?

- Objetivo do Estudo:

- ✓ desvelar como as bases teóricas da educação em enfermagem contribuem para a determinação da práxis da Enfermeira na Atenção Básica de Saúde.

- Suporte Teórico – filosófico do Estudo

- Na composição do suporte teórico-filosófico desta tese, serão utilizados Adolfo Sánchez Vázquez e sua obra “A Filosofia da Práxis” e Paulo Reglus Neves Freire e sua Educação Libertadora. Estou buscando suporte teórico nos dois autores, por ambos acreditarem que o contexto

teórico verdadeiro só se estabelece através do compromisso do pensamento com a prática.

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Local:

Data:

Tempo de Entrevista:

Observações:

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome:

Codinome

Naturalidade:

Idade:

Sexo:

Ano de Conclusão do Curso de Graduação:

Titulação Acadêmica:

Unidade de Trabalho:

Turno de Trabalho:

Tempo de Trabalho na Instituição:

Cargo:

E-mail:

Fone:

QUESTÕES CENTRAIS DA ENTREVISTA

- Dimensão da práxis
- Dimensão da práxis educativa
- Dimensão da educação formal para a práxis profissional
- Consciência das enfermeiras e o nível de práxis das ações educativas

APÊNDICE C - Roteiro de Utilização de Documentos



Programa
de Pós-Graduação
em Enfermagem

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP: 88040-900 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA-BRASIL
Fone/Fax: (048) 3721.9480 – 3721.9399 – 3721.9787
E-mail: pen@nfr.ufsc.br
www.nfr.ufsc.br/pen

Projeto de Pesquisa: “Educação em Enfermagem e a Práxis da Enfermeira na Atenção Básica de Saúde”

Pesquisadora Principal: Márcia Maria Bragança Lopes

Pesquisadora Orientadora: Profa Dra Marta Lenise do Prado

Data da Observação:

Tópicos a serem observados:

MATRIZ CURRICULAR/ENFERMAGEM M UFPA/CURRÍCULO		PLANOS DE ENSINO		
SEMESTRE	DISCIPLINAS OFERTADAS	TEORIAS DE ENFERMAGEM	TEORIAS DE EDUCAÇÃO	OBSERVAÇÃO
1º				
2º				
3º				
4º				
5º				
6º				
7º				
8º				
9º				
10º				

APÊNDICE D – Matriz Curricular do Curso de Enfermagem da UFPA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP: 88040-900 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA-BRASIL
Fone/Fax: (048) 3721.9480 – 3721.9399 – 3721.9787
E-mail: pen@nfr.ufsc.br
www.nfr.ufsc.br/pen

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA E HABILITAÇÃO EM LICENCIATURA

SEMESTRE	CRED	CH	CODIGO	DISCIPLINA
1º	6	120	CB03001	ANATOMIA GERAL
	4	60	FH20021	POLÍTICA SOCIAL
	6	90	ED01001	INTRODUÇÃO À EDUCAÇÃO
	4	60	CS16003	INTROD. À CIÊNCIA DA ENFERMAGEM
	4	60	CS16011	INTRODUÇÃO À METOD DA PESQUISA
	2	30	CS16012	LEGISLAÇÃO E ÉTICA DE ENFERMAGEM
CARGA HORÁRIA SEMESTRAL				420 HORAS

SEMESTRE	CRED	CH	CODIGO	DISCIPLINA
2º	5	90	CB01035	BIOLOGIA I
	5	90	CB04025	FISIOLOGIA HUMANA
	4	60	FH09022	ANTROPOLOGIA DA SAÚDE
	6	90	ED01029	PSIC DA EDUC(EVOL E APREND)
	8	150	CS16004	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM
CARGA HORÁRIA SEMESTRAL				480 HORAS

SEMESTRE	CRED	CH	CODIGO	DISCIPLINA
3º	4	90	CB02023	MICROBIOLOGIA E IMUNOLOGIA BÁSICA
	4	90	CB02024	PARASITOLOGIA HUMANA BÁSICA
	4	90	CB06006	HISTOL E EMBRIOL HUMANA BÁSICA
	4	60	FH05048	PSICOLOGIA E RELAÇÕES SOCIAIS
	5	90	CS16002	INTRODUÇÃO À SAÚDE COMUNITÁRIA
	3	60	CS16010	PROCESSO EDUCATIVO EM ENFERMAGEM
CARGA HORÁRIA SEMESTRAL				480 HORAS

SEMESTRE	CRED	CH	CODIGO	DISCIPLINA
4º	5	90	CBO4005	FARMACOLOGIA
	5	90	CB04019	BIOQUÍMICA GERAL
	4	60	ED03081	DIDÁTICA GERAL
	4	60	CS05007	BIOESTATÍSTICA
	4	60	CS16001	EPIDEMIOLOGIA
	5	90	CS16013	ADMINISTRAÇÃO BÁSICA EM ENFERMAGEM
CARGA HORÁRIA SEMESTRE				450 HORAS

SEMESTRE	CRED	CH	CODIGO	DISCIPLINA
5º	3	60	CB02005	PATOLOGIA GERAL
	8	150	CS16005	ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA
	3	60	CS16006	ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
	4	90	CS16007	ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO
CARGA HORÁRIA SEMESTRAL				360 HORAS

SEMESTRE	CRED	CH	CODIGO	DISCIPLINA
6º	3	60	ED02042	ESTRUT E FUNC. DA EDUCAÇÃO BÁSICA
	3	60	CS10008	NUTRIÇÃO HUMANA
	5	90	CS16008	ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA
	4	90	CS16009	ASSISTÊNCIA À MÃE E À CRIANÇA SÁDIA
	3	60	CS17008	ADMIN DE SERVIÇO DE ENFERMAGEM HOSPITALAR
	3	60	CS17009	ADMIN DE SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA
CARGA HORÁRIA SEMESTRAL				420 HORAS

SEMESTRE	CRED	CH	CODIGO	DISCIPLINA
7º	7	150	CS17002	ENF OBSTÉTRICA GINECOLÓGICA E NEONATAL
	5	90	CS17003	ENFERMAGEM PEDIÁTRICA
	3	60	CS17006	ENFERMAGEM EM SAÚDE OCUPACIONAL
	3	60	CS17007	ENFERMAGEM EM SAÚDE ESCOLAR
	4	60	FH01097	INTRODUÇÃO À FILOSOFIA
CARGA HORÁRIA SEMESTRAL				420 HORAS

SEMESTRE	CRED	CH	CODIGO	DISCIPLINA
8º	4	75	CS17014	PESQUISA EM ENFERMAGEM
	2	120	CS17001	ENF EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
	4	90	CS17005	ENFERM EM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
	2	120	CS17012	EST SUPERV ENF OBST E PEDIÁTRICA
	3	60	ED03088	METODOLOGIA DO ENSINO DE ENFERMAG
CARGA HORÁRIA SEMESTRE				465 HORAS

SEMESTRE	CRED	CH	CODIGO	DISCIPLINA
9º	2	120	CS17010	ESTÁGIO SUPERV EM ENFERMAGEM I
	5	90	CS17004	ENF EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA
	3	180	CS17013	ESTÁGIO SUPERV ENF DE SAÚDE PÚBLICA
	2	120	ED03105	PRÁTICA DE ENSINO DE ENFERMAGEM
CARGA HORÁRIA SEMESTRAL				510 HORAS

SEMESTRE	CRED	CH	CODIGO	DISCIPLINA
10º	4	240	CS17011	EST SUPERV EM ENFERMAGEM II
	3	60	CS17015	TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
	3	180	ED03155	PRÁTICA DE ENSNO EM EDUC E SAÚDE
CARGA HORÁRIA SEMESTRAL				480 HORAS
CARGA HORÁRIA TOTAL				4.485 HORAS

APÊNDICE E – Considerações sobre o município de Bragança - Pará



Programa
de Pós-Graduação
em Enfermagem

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP: 88040-900 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA-BRASIL
Fone/Fax: (048) 3721.9480 – 3721.9399 – 3721.9787
E-mail: pen@nfr.ufsc.br
www.nfr.ufsc.br/pen

Bragança, Pará - Brasil⁴⁴

Histórico

A região, inicialmente habitada pelos índios apotiangas da nação dos tupinambás, recebeu seu primeiro visitantes em 1613, com a entrada dos franceses da expedição de Lavardiere no Amazonas. Em seguida veio Pedro Teixeira, que por ali passara levando a Jerônimo de Albuquerque, no Maranhão, a notícia da fundação de Belém.

O município bragantino, entre Tury-açu e Caeté, fazia parte da capitania Gurupi, doada por Felipe III, de Espanha, em 1622, a Gaspar de Souza, Governador-Geral do Brasil.

Em 1633, Álvaro de Souza, filho do Governador Geral, recorreu à Corte de Madri, por ter sido a mesma capitania transferida por Francisco Coelho de Carvalho a seu filho Feliciano Coelho de Carvalho e ali instalada a sede da capitania, com o nome de Vera Cruz, à margem direita do Rio Caeté, com a denominação de Souza, a sede foi transferida para a margem direita do rio Caeté, com a denominação de Sousa do Caeté

Confirmando a posse de Álvaro de Souza, a Sede foi transferida para a margem direita do rio Caeté, sem alcançar, contudo o progresso desejado, dado o desenvolvimento da cidade à margem esquerda do mesmo rio.

No século seguinte, em 1753, ao constatar que o núcleo estava extinção, Francisco Xavier de Medonça Furtado, Governador do Grão

⁴⁴ Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 28 novembro 2009

Para, decidiu transferi-lo para o local onde hoje se encontra a Sede do município, dando à vila criada o nome de Bragança. No mesmo ano, foi elevado a município e revertido à Coroa.

Gentílico: bragantino

Formação Administrativa

Elevado à categoria de vila com a denominação de Bragança, Em 1753.

Elevado à categoria de cidade e sede do município com a denominação de Bragança, pela lei provincial nº 252, de 02-10-1854.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, o município é constituído do distrito sede.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 1933.

Em divisão territorial datada de 31-XII-1936, o município aparece constituído de 6 distritos: Bragança, Almoço, Alto Quatipuru, Benjamim Constant, Emboraí e Urumajó.

Pelas leis estaduais nºs 137, e 38, de 05-10-1937, são criados os distritos de Carateteua, Mocajuba, Piabas e Recife e anexado ao município de Bragança.

Pelo decreto-lei estadual nº 3131, de 10-10-1938, o distrito de Alta Quatipuru passou a denominar-se Tracuateua e o distrito de Mocajuba a denominar-se Nova Mocajuba.

No quadro fixado para vigorar no período de 1939-1943, o município é constituído de 10 distritos: Bragança, Almoço, Emboraí, Nova Mocajuba, Piabas, Recife, Tracua ex-Alto Quatipuru e Urumajó.

Pelo decreto-lei estadual nº 4505, de 30-12-1943, o distrito de Benjamim Constant passou a denominar-se Tijoca. Sob o mesmo decreto acima citado o distrito de Recife a denominar-se Itapixuna.

Em divisão territorial datada de 1-VII-1950, o município é constituído de 10 distritos: Bragança, Almoço, Carateteua, Emboraí, Itapixuna, Nova Mocajuba, Piabas, Tijoca, Tracuateua e Urumajó.

Pela lei estadual nº 2460, de 29-12-1961, desmembra do município Bragança os distritos de Emboraí, Itapixuna e Urumajó. Para formar o novo município com a denominação de Augusto Corrêa.

Em divisão territorial datada de 31-XII-1963, o município é constituído de 7 distritos: Bragança, Almoço, Carateteua, Nova Mocajuba, Piabas, Tijoca e Tracuateua.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 1-VI-1995.

Pela lei estadual nº 5858, de 29-09-1994, desmembra do

município de Bragança o distrito de Tracuateua. Elevado à categoria de município.

Em divisão territorial datada de 15-VII-1997, o município é constituído de 5 distritos: Bragança, Almoço, Caratateua, Nova Mocajuba e Tijoca.

Em divisão territorial datada de 2005, o município é constituído de 6 distritos: Bragança, Almoço, Caratateua, Nova Mocajuba, Tijoca e Vila do Treme.

APÊNDICE F – Considerações sobre o município de Belém - Pará



Programa
de Pós-Graduação
em Enfermagem

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP: 88040-900 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA-BRASIL
Fone/Fax: (048) 3721.9480 – 3721.9399 – 3721.9787
E-mail: pen@nfr.ufsc.br
www.nfr.ufsc.br/pen

Belém Pará - PA Histórico

O território hoje ocupado pelo município de Belém, foi em meados do século XVIII, um pequeno aldeamento de índios remanescentes dos Xucurús e que viviam às margens do Rio Lunga. Estes silvícolas, tinham por hábito a colheita de uma planta denominada "canudos", que usavam nos cachimbos que fumavam, e que existia em grande quantidade junto à serra Canudos, também conhecida na região como serra dos Guaribas.

Canudos estava sob a jurisdição de Anadia. Em 1953 foi elevada a condição de vila, o que muito contribuiu para que melhorasse. Por força da lei nº 1.712 de 08 de agosto, foi elevada à condição de Vila de Canudos. Em 1962 a lei nº 2.466 de 24 de agosto, estabeleceu sua autonomia administrativa. A instalação oficial ocorreu a 26 de setembro do mesmo ano desmembrando-se de Anadia.

O movimento de emancipação encontrou em Manoel Belarmino da Silva, Marinho José da Silva, José Cardoso da Silva, Euclides Duarte Barros, Antônio Tenório Cavalcante, Valdomiro Marques, Manoel Vieira Ramos, Valdir Barreto de Souza, Manoel Soares da Silva e José Crescêncio Filho seus principais baluartes.

Gentílico: belenense

Formação administrativa

Elevado à categoria de município com a denominação de Santa Maria de Belém do Grão Pará, em 12-01-1616, posteriormente tomou de Belém. Instalado em 12-01-1616.

Em 1750, é criado o distrito de Abaeté e anexado ao município de Belém.

Distrito criado com a denominação de São Francisco Xavier de Barcarena, em 1758. São criados os distritos de São Francisco Xavier de Barcarena e Igarapé-Miri.

Pela lei provincial nº 113, de 16-10-1843, desmembra do município de Belém o distrito de Igarapé-Miri. Elevado à categoria de município.

Pela lei nº 118, de 11-09-1844, o Distrito de Abatetuba deixa de pertencer ao Município de Belém passando a pertencer ao município de Igarapé-Miri.

Pela lei 885, de 16-04-1877, o Distrito de Abaeté volta a pertencer ao município de Belém.

Pela lei provincial nº 973, de 23-03-1880, desmembra do Município de Belém o distrito de Abaeté. Elevado à categoria de município.

Pelo decreto nº 236, de 09-12-1890, desmembra do município de Belém o distrito de São Domingos da Boa Vista. Elevado à categoria de município.

Pela lei estadual nº 494, de 10-05-1897, desmembra do município de Belém o distrito de São Francisco de Barcarena. Elevado à categoria de município

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, o município é constituído do distrito sede.

Nos quadros de apuração do Recenseamento Geral de I-IX-1920, o município aparece constituído de 3 distritos: Belém, Castanhal e Santa Isabel do Pará.

Pelo decreto estadual nº 6, de 04-11-1930, Belém adquiriu os extintos municípios de Acará, Igarapé-Miri, Moju e Conceição do Araguaia, sendo seus territórios anexados ao município de Belém.

Pelo decreto estadual nº 78, de 27-12-1930, desmembra do município de Belém os distritos de Igarapé-Miri e Moju, para formar o município de Igarapé-Miri.

Pelo decreto estadual nº 565, de 3-12-1931, desmembra do município de Belém o distrito de Santa Isabel. Elevado à categoria de município.

Pela lei 579, 08-01-1932, desmembra do município de Belém, o distrito de Acará. Elevado à categoria de município.

Pelo decreto estadual nº 600, de 28-01-1932, desmembra do município de Belém o distrito de Castanhal. Elevado à categoria de município. Sob o mesmo decreto Belém adquiriu o território do extinto

município de Santa Isabel.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1933, o município é constituído do distrito sede.

Pela lei estadual nº 8, de 31-10-1935, desmembra do município de Belém o distrito de Conceição do Araguaia. Elevado à categoria de município.

Em divisões territoriais datadas de 31-XII-1936 e 31-XII-1937, o município aparece constituído de 11 distritos: Belém, Aicaraú, Barcarena, Caratateua, Conde, Genipaubá, Ilha da Onças, Itupanema, Mosqueiro, Pinheiro Val de Cães.

Pelo decreto-lei estadual nº 2972, de 31-03-1938, os distritos de Ilha das Onças e Genipaubá perderam a categoria de distrito, passando a figurar como zona do distrito de Belém. Sob o mesmo decreto, o distrito de Caratateua perdeu a categoria de distrito, passando a pertencer ao distrito de Pinheiro, município de Belém, e Itupanema perdeu a categoria de distrito, passando a figurar no distrito de Barcarena.

Pelo decreto-lei estadual nº 3131, de 31-10-1938, o município de Belém adquiriu do município de Santa Isabel os distritos de Ananindeua, Benfica e Engenho Araci, ex-Araci, que teve sua denominação alterada pelo mesmo decreto-lei acima citado.

Pelo decreto-lei estadual nº 4505, de 30-12-1943, desmembra do município de Belém, os distritos de Barcarena e Murucupi ex-Conde. O mesmo decreto altera, ainda, o nome do distrito de Conde que passou a denominar-se Murucupi e, também, extinguiu o distrito de Aicaraú, sendo o seu território anexado ao novo município de Barcarena. Esta mesma lei desmembra os distritos de Ananindeua, Benfica e Engenho Araci, do município de Belém, para formar o novo município de Ananindeua. Altera, ainda, o nome do distrito de Pinheiro que passou a denominar-se Icoraci.

No quadro fixado, para vigorar no período de 1944-1948, o município é constituído de 4 distritos: Belém, Icoraci ex-Pinheiro, Mosqueiro e Val-de-Cães.

Em divisão territorial datada de 1-VII-1960, o município é constituído de 4 distritos: Belém, Icoraci, Mosqueiro e Val-de-Cães.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 1-VII-1960.

Pelo decreto nº 5706, de 02-05-1983 é criado o distrito de Outeiro anexado ao município de Belém.

Em divisão territorial datada de 18-VIII-1988 o município é

constituído de 5 distritos: Belém, Icoraci, Mosqueiro, Outeiro e Val-de-Cães.

É criado o Distrito de Bengui, é criado o Distrito de Entrocamento e anexado ao Município de Belém.

É criado o Distrito de Guamá e anexado ao Município de Belém.

É criado o Distrito de Sacramenta e anexado ao Município de Belém.

Em divisão territorial datada de 15-VII-1999, o município é constituído de 8 distritos: Belém, Bengui, Entrocamento, Guamá, Icoraci, Mosqueiro, Outeiro e Sacramenta.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2005.

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 287/08

I – Identificação:

- **Título do Projeto:** EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM E A PRÁXIS DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO ESTADO DO PARÁ: UM ESTUDO DE CASO
- **Pesquisador Responsável:** Marta Lenise do Prado
- **Pesquisadores Principais:** Marcia Maria Bragança Lopes
- **Data Coleta dados:** 11-2008 a 03-2009
- **Local onde a pesquisa será conduzida:** Unidade Municipal de Saúde Guamá – Distrito D'ÁGUA da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente (SESMA), Município de Belém. Unidades Municipais de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Bragança – Município de Bragança – Estado do Pará.

II - Objetivos:

Desvelar como as bases teóricas da educação em enfermagem contribuem para a determinação da práxis de enfermeiro na atenção básica de saúde.

III - Sumário do Projeto

Pesquisa do programa de pós-graduação em enfermagem exploratória-descritiva, de natureza diagnóstica-avaliativa, refere-se a avaliação das bases teóricas da educação em enfermagem e como norteiam a práxis do enfermeiro na atenção básica de saúde. A estratégia de pesquisa proposta é o estudo de caso baseado em provas qualitativas. Participarão como sujeitos desta pesquisa, os enfermeiros e os discentes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), que desenvolvem suas respectivas atividades nas unidades que compõem o cenário da pesquisa. Por suas características serão utilizados neste estudo, a estratégia analítica baseada em proposições teóricas e o modelo lógico como técnica analítica específica.

IV - Comentário

A pesquisa apresenta tema atual e relevante, o projeto está bem redigido e fundamentado, os pesquisadores envolvidos estão capacitados ao seu desenvolvimento, os locais da amostra são relevantes para o resultado esperado e o protocolo contém todos os documentos necessários para a análise. O TCLE está adequado parcialmente, pois não indica a possibilidade de desistência a qualquer tempo. A confidencialidade das informações está garantida e a estrutura contempla todas as necessidades para a aprovação de um projeto nesse conselho.

V – Parecer CEPESH:


(X) pendente

Tendo em vista que a pendência foi atendida e o TCLE está adequado, somos de parecer favorável à aprovação do projeto.

VI – Parecer Final CEPESH:

Aprovado “ad referendum” (X)

Florianópolis, 24 de novembro de 2008


Washington Portela de Souza
Coordenador

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/ 96 e 251/ 97 do CNS.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 308

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA Nº 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 287/08 FR- 223228

TÍTULO: Educação em Enfermagem e a prática do Enfermeiro na atenção básica de saúde do Estado do Pará: um estudo de caso.

AUTOR: Marta Lenise do Prado e Márcia Maria Bragança Lopes.

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 25 de novembro de 2008.


Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

ANEXO B – Instruções para publicação – Index de Enfermería

Revista INDEX DE ENFERMERIA (Edición digital) ISSN: 1699-5988

Page 1 of 5



INFORMACION PARA LOS AUTORES

Index de Enfermería es el órgano de la Fundación Index y se publica con periodicidad trimestral.

Index de Enfermería publica trabajos relacionados con la investigación en cuidados de salud desde una pluralidad de perspectivas clínico-asistencial, socio-cultural e histórica. Pone énfasis en los abordajes fenomenológicos del proceso salud-enfermedad y en la humanización de los cuidados, privilegiando posturas epistemológicas emergentes en las ciencias de la salud, como la gestión del conocimiento, el movimiento de la evidencia científica o la investigación cualitativa. Todos los manuscritos recibidos para su publicación en **Index de Enfermería** son sometidos a la revisión por expertos (revisión por pares o peer-review).



Tipos de artículos
Presentación de los trabajos
Aspectos formales de artículo
Referencias bibliográficas
Ilustraciones
Envío de manuscritos
Modelo de carta de presentación
Listado de comprobaciones

Tipos de artículos

Index de Enfermería considerará para su publicación en sus secciones especiales aquellos trabajos relacionados directamente con la Enfermería y con la Investigación en Cuidados de Salud que no hayan sido publicados total o parcialmente en otros medios y se encuadren en las siguientes secciones:

Originales. Trabajos de investigación sobre cuidados de la salud en sus vertientes clínico-asistencial, metodológica, histórica, sociológica o antropológica.

Teorizaciones. Artículos orientados a fomentar el pensamiento crítico y la reflexión teórica sobre aspectos complejos del cuidado y sus relaciones con otras parcelas de conocimiento.

Instrumentos. Descripción de documentos metodológicos relevantes para la práctica de los cuidados (escalas de valoración, sistemas de registro de datos, pautas y protocolos de atención, guías de trabajo, programas, etc).

Pliegos de Estilo. Artículos orientados a la formación continuada del investigador. La temática abordada en esta sección estará en relación con los métodos y técnicas de investigación, las formas de expresión científica, la redacción, la descripción de fondos bibliográficos, aplicaciones informáticas, etc.

Cartilla de la Salud. Descripción de experiencias en educación para la salud y autocuidados, con especial referencia a los materiales educativos utilizados. Se incluirán copias de calidad de los materiales a reproducir.

Diario de Campo. Descripción de experiencias asistenciales fruto de una observación detallada que supongan una contribución singular en el campo de las relaciones humanas con el paciente, la familia o la comunidad.

Archivo. Incluye la descripción de documentos históricos de interés para el conocimiento de la evolución de los cuidados y la profesión de enfermería. El artículo deberá contener la transcripción del documento original y un comentario de texto en el que además de contextualizar y resaltar la trascendencia del documento, se describirán los criterios paleográficos utilizados en la transcripción, la referencia completa de texto y del fondo de procedencia. Se incluirán reproducciones de la portada o interior del texto histórico.

Retablo de las Maravillas. Colaboraciones en forma de reportaje sobre espacios emblemáticos y grupos

humanos con indudables valores sociales y culturales para los cuidados (edificios históricos, centros pioneros en investigación, programas innovadores de ayuda humanitaria, contextos culturales donde pervivieran sistemas de creencias y costumbres singulares sobre salud, etc). Será de especial interés el apoyo gráfico.

Historia y Vida. Utilizando como método la historia oral se incluirán colaboraciones que describan la experiencia subjetiva ante las diferentes dimensiones de la salud o la enfermedad. Consta de una introducción realizada por el autor donde se justifique la elección del personaje, y a continuación una transcripción literal del relato biográfico.

La Mirada. Aportación de una fotografía que recoja una imagen de indudable interés para la comprensión de una circunstancia relacionada con la salud y los cuidados, a la que se acompañará un comentario breve del autor o del recopilador en el que muestre su visión desde dentro. La fotografía deberá tener un tamaño mínimo de 18x28, posibilitada en blanco y negro con gran calidad y suficiente contraste, indicando en folio aparte el título, nombre del autor, lugar y fecha de realización.

Evidencia Científica. Artículos de investigación secundaria o de síntesis de conocimiento, con especial referencia a revisiones sistemáticas y revisiones críticas de artículos publicados.

Cartas al Director. Se aceptarán en esta sección la discusión de trabajos publicados con anterioridad en Index de Enfermería, la aportación de observaciones sobre las líneas editoriales de la revista, así como experiencias que por su características puedan ser resumidas en un breve texto.

Abstracta. Se incluyen comentarios de texto de novedades bibliográficas de interés para el campo de la enfermería, tanto en libros como revistas y otros materiales. Constará de la cita bibliográfica de la obra según estilo de la revista, un comentario crítico y el nombre y apellidos del autor del comentario. Extensión del texto no superior a dos páginas.

Gaceta de actividades y noticias. Las sociedades y asociaciones científicas, instituciones, centros de investigación y enseñanza, podrán enviar reseñas sobre actividades que hayan desarrollado de interés científico (celebración de jornadas y congresos, conferencias, otorgamiento de premios, etc). La extensión máxima será de un folio y podrá acompañarse de una fotografía.

Otras secciones. La revista incluye otras secciones (editoriales, revisiones, consensos, entrevistas, reportajes y otros formatos especiales) cuyos artículos encarga la Redacción. Los autores que deseen colaborar en alguna de estas secciones deberán consultar previamente a la Secretaría de Redacción.

Presentación de los trabajos



Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de los editores, y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de los titulares del copyright. No se aceptarán trabajos publicados o presentados anterior o simultáneamente en otra revista, circunstancia que el autor deberá declarar expresamente en la carta de presentación del artículo. Todos los trabajos enviados a la revista serán sometidos a una revisión por expertos, que determinará su aceptación o no en función de criterios objetivos de evaluación de la pertinencia y calidad. Recomendamos a los autores que se informen previamente de las particularidades del Proceso de Revisión.

En general la extensión máxima de los manuscritos no deberá superar las 4.500 palabras (incluyendo en el recuento el texto, resúmenes en español e inglés, bibliografía, anexos, tablas, gráficos y en general todas las partes del artículo), y 1.500 palabras para artículos de formato breve (cartas al director, editoriales, etc). Se admite un máximo de cuatro ilustraciones por artículo y un máximo de seis firmantes (cuatro para artículos de formato breve). En caso de superar los seis autores, deberán asignarle un nombre corporativo al grupo (ejemplo "Grupo para el Estudio del Cuidado Familiar"). En ese caso podrán anotarse hasta los cuatro primeros autores y el nombre corporativo del grupo, pudiendo indicarse en una llamada a pie de página los nombres de todos los componentes del grupo.

El procesamiento del texto se hará por computador utilizando el procesador Microsoft Word o compatible. El archivo se enviará preferentemente por correo electrónico a la Secretaría de Redacción (opcionalmente se puede enviar en CD). Las páginas irán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho.

En la primera página del artículo se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos:

- Título del artículo
- Nombre y apellidos de los autores (recomendamos la no utilización de abreviaturas ni contracciones, procure diferenciar los nombres de los apellidos subrayando los apellidos)
- Nombre completo del centro de trabajo
- Dirección completa del centro de trabajo
- Dirección para correspondencia
- Otras especificaciones cuando se considere necesario

En la segunda página se incluirá en español y en inglés el título del artículo y un resumen de no más de 150 palabras, preferiblemente estructurado (justificación, objetivo, diseño, metodología, resultados principales y conclusión), así como varios descriptores o palabras clave que identifiquen el contenido del artículo. La traducción al inglés debe realizarse con arreglo a las reglas gramaticales y sintácticas, debiendo evitarse la utilización de traductores electrónicos. En las siguientes páginas se incluirá el texto del artículo, dividiendo claramente los apartados del mismo.

Procesado del texto. Tener en cuenta los siguientes parámetros:

- Tipo de letra **Time New Roman** a tamaño de 12 pulgadas
- Espaciado e interlineado **normales**
- Evitar el uso de mayúsculas en el título y encabezados de párrafo
- Evitar la utilización de negritas, subrayados o mayúsculas para resaltar el texto (preferiblemente entrecorridos y cursivas, pero no simultáneamente)
- Utilizar entrecorridos para citas textuales de informantes o párrafos literales de texto
- Evitar el uso de opciones automáticas en el documento, especialmente de la opción **nota final** para la bibliografía. Esta debe reescribirse al final ordenada numéricamente en formato de texto normal, mientras que las llamadas en el texto pueden realizarse con la opción superíndice o mediante números entre paréntesis

Aspectos formales de estilo

Idioma. Opcionalmente los autores podrán presentar su artículo en otro idioma diferente al español, preferiblemente en inglés, francés o portugués. En revistas con versión impresa deberán adjuntar una versión traducida al castellano que de ser aceptado el artículo será publicada en la versión impresa, mientras que se publicará en edición bilingüe en la versión digital de la revista. La corrección y equivalencia de las versiones bilingües son responsabilidad exclusiva de los autores.

Por otra parte todos aquellos autores de artículos que hayan sido publicados con anterioridad en la revista, podrán aportar una **versión traducida al inglés** para su publicación digital. Si desean que este servicio lo realice el equipo de traductores de la Fundación Index puede solicitar presupuesto a la secretaría científica.

Abreviaturas. Deberán evitarse en lo posible y cuando se empleen deberá explicarse su significado entre paréntesis la primera vez que se utilicen en el texto. Evitar la utilización de abreviaturas en el título y en el resumen. Cuando se trate de unidades de medida no es necesario explicitar su significado siempre que se expresen en Unidades del Sistema Internacional.

Título. Debe describir el contenido sustancial del trabajo mediante frases enunciativas. Debe ser claro, conciso y correcto. Se considera un tamaño adecuado si no supera las 15 palabras.

Autores. Escribir sin abreviar el nombre y apellidos. Se recomienda adoptar una filiación bibliográfica única para favorecer la identificación en las bases de datos documentales. Identificar sólo el departamento o institución a la que pertenece cada autor mediante llamadas con número volado (o entre paréntesis), vaya o no acompañada del nombre de los autores, cuando se mencionen éstos en el texto, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos, y si se trata de varios se citará el primero seguido de la expresión et al.

Aquellos autores que lo deseen podrán aportar un **currículum resumido** (no superior a 250 palabras) que será publicado en la versión digital de la revista.

Referencias bibliográficas

Se presentarán según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita en número volado (o entre paréntesis), vaya o no acompañada del nombre de los autores, cuando se mencionen éstos en el texto, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos, y si se trata de varios se citará el primero seguido de la expresión et al.

En casos excepcionales (trabajos con una orientación hacia las humanidades) se permitirá la utilización del sistema de nombre y año (sistema Harvard).

En caso de abreviar los nombres de las revistas se hará utilizando el estilo usado en Index de Enfermería (revistas incluidas en Index) y en Index Medicus, para aquellas revistas incluidas en los respectivos repertorios.

En lo posible se evitará el uso de frases imprecisas como referencias bibliográficas: no pueden emplearse como tales "observaciones no publicadas" ni "comunicación personal", pero sí pueden citarse entre paréntesis dentro del texto.

Las referencias bibliográficas deben comprobarse por comparación con los documentos originales, indicando siempre la página inicial y final de la cita. Especial cuidado ha de tenerse con la comprobación de las direcciones a documentos electrónicos. A continuación se dan unos ejemplos de formatos de citas bibliográficas:

Revista

1) *Artículo ordinario.* Relacionar todos los autores si son seis o menos; si son siete o más, relacionar los seis primeros y añadir la expresión et al.

Gálvez Toro, Alberto; Amezcua, Manuel; Salido Moreno, M Paz; Hueso Montoro, César. Impacto de Autor CUIDEN Citación. Trayectorias científicas relevantes y excelencia a través del Factor h (h-index) de Hirsch en el espacio científico iberoamericano. Index de Enfermería. 2006; XV(55):76-82.

2) *Autor corporativo*

Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos de Uniformidad para manuscritos presentado a revistas médicas. Index de Enfermería. 1992;I(6):6-14.

3) No se identifica el nombre del autor

Cuidados paliativos [editorial]. RN. 1992; 1(6): 1-2.

4) Indicación del tipo de artículo

Gallego Peragón, Antonio Angel. La contaminación invisible [carta]. Index de Enfermería, 2007; XVI(57):76-77.

5) Trabajo en prensa (sólo cuando haya sido aceptado para su publicación y se encuentre en proceso de edición)

Fernández López, Antonio; Azauste Gallego, Miguel; Carrasco González, José. La producción bibliográfica de las enfermeras andaluzas en el contexto de la reforma sanitaria. Index de Enfermería. En prensa.

Libros y otras monografías

6) Autor(es) personal(es)

Gálvez Toro, Alberto. Enfermería Basada en la Evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Fundación Index, 2007 (2ª ed.).

8) Directores o compiladores como autores

Siles González, José (editor). Historia de la enfermería. Alicante: Aguacera, 1999

9) Capítulo de un libro

Amezoua, Manuel. La documentación en enfermería comunitaria. En: Mazarrasa Alvear, Lucía, editora. Salud Pública y Enfermería Comunitaria. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 2003 (2ª ed.); Vol 1:335-346.

10) Actas de reuniones

Rodríguez Cobo MD, Frías Osuna A, editores. El Diagnóstico en Enfermería. Actas de las III Jornadas de Trabajo; 1989 jun.2-3. Jaén: Asociación de Enfermería Andaluza, 1992.

11) Documento electrónico

Andina Díaz, Elena. Un siglo en las creencias y prácticas populares acerca de la gestación y el alumbramiento en el bierzo alto (León, España). Index de Enfermería 2003; 43:9-13. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/43revista/43_articulo_9-13.php> [Consultado el 12.6.2004]

Ilustraciones

1) Fotografías. Se incluirán sólo en casos excepcionales y siempre que sean imprescindibles para la comprensión del texto. Han de aportarse en archivo electrónico en formato JPG, TIF o GIF y alta resolución, indicando en archivo adjunto los pies de fotografías que han de incluirse. En caso de enviarse posiladas en papel fotográfico, las copias serán en blanco y negro, debidamente contrastadas y en papel de calidad a tamaño 9x12 cm. Igualmente normas para los grabados y dibujos.

2) Gráficos y tablas. Se compondrán mediante aplicación informática y se adjuntarán en archivo aparte. Deben ir numerados, con su enunciado (título) correspondiente, y las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Para revistas con versión impresa utilizar escala de grises para las ilustraciones, gráficos y tablas, nunca paleta de colores. Tampoco se deben introducir fondos de colores, sólo se admite el blanco como fondo.

Envío de manuscritos

Para una información más amplia sobre presentación y estilo de redacción, consulten los "Requisitos de Uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas" ([normas de Vancouver](#)).

El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación. Tenga en cuenta esta circunstancia especialmente a la hora de enviar trabajos por vía electrónica y solicite confirmación de su llegada si no recibe acuse de recibo en un plazo de una semana.

Los trabajos se remitirán por correo electrónico a la Secretaría de Redacción, secretaria@arboja.ciberindex.com, indicando el nombre de la revista. Si necesita enviar documentación impresa, hágalo a la siguiente dirección: Apartado de correos 734, 18080 Granada ESPAÑA.

Debe acompañar una carta de presentación (ver modelo adjunto) en la que solicite el examen del manuscrito, debiendo especificar que se trata de un trabajo original, no publicado ni enviado a revisión a otras revistas. Para

verificar que envía toda la documentación necesaria puede ayudarse del listado de comprobaciones que se incluye más abajo.

Modelo de carta de presentación

Sr. Director de **[Nombre de la Revista]**

Le remitimos el manuscrito titulado «**Título**» para que sea considerada su publicación en **[Nombre de la Revista]** en la sección (indicar). El motivo de enviarlo a su revista es (indicar).

Sus autores, abajo firmantes, declaran:

- Que es un trabajo original.
- Que no ha sido previamente publicado en otro medio.
- Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación.
- Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración.
- Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito remitido.
- Que, en caso de ser publicado el artículo, transfieren todos los derechos de autor al editor, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales publicados en la misma.

A través de este documento, la Fundación Index asume los derechos exclusivos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir el artículo en índices nacionales e internacionales o bases de datos bibliográficas.


(Firmado por todos los autores)

Listado de comprobaciones

- Número de palabras del manuscrito no superior a 4.500 (recuento en Herramientas, opción contar palabras)
- Carta de presentación del artículo
- Archivo con el texto completo del manuscrito
- Archivo con las ilustraciones
- Título, resumen y palabras clave traducidos al inglés
- Versión del artículo completo traducida al inglés para publicar en el soporte digital (opcional)
- Resumen del curriculum vitae u hoja de vida (inferior a 250 palabras) de los autores para incluir en el soporte digital (opcional)



[Menú principal](#) | [Qué es Index](#) | [Servicios](#) | [Agenda](#) | [Bases de datos bibliográficas](#) | [Campana digital](#) | [Investigación cualitativa](#) | [Evidencia científica](#) | [Biblioteca Científica](#) | [Index Solidarios](#) | [Noticias](#) | [Librería](#) | [Qué es INDEX](#) | [Casa de Magna](#) | [Mapa del sitio](#)

FUNDACION INDEX Apartado de correos nº 734 18080 Granada, España - Tel/fax: +34-958-293304 

ANEXO C – Carta de Apresentação – Index de Enfermería

Sr. Director de INDEX DE ENFERMERÍA

Le remitimos el manuscrito titulado « **O MODELO PEDAGÓGICO NA EDUCAÇÃO FORMAL E SEUS REFLEXOS NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS**» para que sea considerada su publicación em **INDEX DE ENFERMERÍA**.

Sus autores, abajo firmantes, declaran:

- Que es un trabajo original.
- Que no ha sido previamente publicado en otro medio.
- Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación.
- Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración.
- Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito remitido.
- Que, en caso de ser publicado el artículo, transfieren todos los derechos de autor al editor, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales publicados en la misma.

A través de este documento, la Fundación Index asume los derechos exclusivos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir el artículo en índices nacionales e internacionales o bases de datos bibliográficas.

Márcia Marcia Bragança Lopes

Marta Lenise do Prado

ANEXO D – Instrução aos Autores – Texto&Contexto Enfermagem

Texto contexto-enferm. - Instruções aos autores

TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM
TEXT & CONTEXT NURSING / TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM

ISSN 0104-0707 *versão impressa*
ISSN 1980-265X *versão online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Objetivo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

Objetivo e política

Texto & Contexto Enfermagem, revista do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, destina-se à publicação da produção técnico-científica relacionada à área da saúde e, em especial da enfermagem. Propicia espaço de reflexão e aprofundamento do conhecimento acerca de questões da prática, do ensino e da pesquisa em saúde e enfermagem em nível nacional e internacional.

A Revista é publicada trimestralmente, aceita manuscritos em português, inglês ou espanhol, decorrentes de pesquisa, reflexão, relato de experiência, revisão de literatura, entrevista e resenha. As contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita têm prioridade para publicação.

Procedimentos de avaliação dos manuscritos

O artigo submetido é analisado por pares de consultores *ad hoc* credenciados. O processo de avaliação tem o seguinte fluxo: 1. A Coordenadora Editorial da Revista realiza uma primeira revisão dos manuscritos, visando adequar o tema, a área ou o título do trabalho à área dos consultores *ad hoc*; 2. São selecionados dois consultores (de diferentes regiões), para os quais são enviados a cópia do manuscrito, o instrumento de análise e as normas de publicação. A identidade do autor e da instituição de origem é mantida sob sigilo, bem como entre o autor e o consultor; 3. Após a devolução dos manuscritos, pelos dois consultores, a equipe da Revista analisa os pareceres efetuados e, com base no "parecer conclusivo", prossegue com os demais encaminhamentos; 4. Caso os dois consultores tenham rejeitado o manuscrito, é redigida então, uma carta explicativa ao autor, dando ciência da decisão tomada; 5. No caso de um dos consultores indicar o manuscrito para publicação e o outro consultor rejeitá-lo, elege-

se um terceiro, que avaliará se o manuscrito é ou não indicado para publicação; 6. Os manuscritos indicados para publicação pelos consultores, são analisados pelo Conselho Diretor, que seleciona os que comporão cada novo número; 7. Os pareceres de aceitação, de necessidade de reformulação ou de recusa são encaminhados aos autores. Todos os manuscritos selecionados para publicação são analisados pela bibliotecária da Revista e, revisados pelos técnicos de inglês, espanhol e português.

Forma e preparação de manuscritos

INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos à revista devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication" (<http://www.icmje.org>). A tradução deste texto para o português: "Requisitos uniformes para originais submetidos à revistas biomédicas" do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE) atualizada em 2006, está disponível no site: http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp.

Os manuscritos enviados à submissão deverão seguir as normas editoriais da **Texto & Contexto Enfermagem**, caso contrário, serão automaticamente recusados. No envio, devem estar acompanhados de uma carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade (Modelo). Por ocasião do encaminhamento do envio da versão final do manuscrito, após aprovação para publicação, o(s) autor(es) deverão enviar a declaração de transferência de direitos autorais (Modelo). Os autores dos manuscritos recusados para publicação serão informados e o material enviado para a revista não será devolvido.

Os manuscritos apresentados em eventos (congressos, simpósios, seminários, dentre outros) serão aceitos desde que não tenham sido publicados integralmente em anais e que tenham autorização, por escrito, da entidade organizadora do evento, quando as normas do evento assim o exigirem. Poderá ser aceito manuscrito já publicado em periódicos estrangeiros, desde que aprovado pelo Conselho Diretor da **Texto & Contexto Enfermagem** e autorizado pelo periódico em que o manuscrito tenha sido originalmente publicado.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva

responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição do Conselho Diretor;

O manuscrito resultante de pesquisa que envolver seres humanos, deverá indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, indicar o respeito à Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.196, de 10/10/96 e n.251 de 07/08/97. Quando se tratar de resultados de pesquisa, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mencionar, na metodologia, o número de aprovação do projeto.

A **Texto & Contexto Enfermagem** apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

A confiança pública do processo de revisão de especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como o **conflito de interesse** é administrado durante a redação, revisão por pares e a tomada de decisão editorial. Os conflitos de interesse podem ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Relações financeiras, como por exemplo, através de emprego, consultorias, posse de ações, honorários, depoimento/parecer de especialista são conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e que têm maior chance de abalar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. Contudo conflitos podem ocorrer por outras razões, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual. Outras informações disponíveis no site: http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp deverão ser consultadas.

Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar seu trabalho para que o Conselho Diretor possa decidir sobre o manuscrito. Os autores devem informar no manuscrito o apoio financeiro e outras conexões financeiras ou pessoais em relação ao seu trabalho, quando houver. As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a conflitos de interesse devem ser informadas por cada um dos autores em declarações individuais (Modelo).

Os manuscritos publicados serão de propriedade da Revista, vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista **Texto & Contexto Enfermagem**.

CATEGORIAS DE ARTIGOS

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, são publicados relatos de experiência, reflexão, revisão da literatura, entrevista e resenha.

Artigo original: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, métodos, resultados e discussão. A **introdução** deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento – "estado da arte". Os **métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção entre outros devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Os **resultados** devem ser descritos em uma sequência lógica. Quando forem apresentadas tabelas, quadros e figuras, o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo contido nos mesmos. A **discussão**, que pode ser redigida juntamente com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as implicações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que surgem destes. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Relato de experiência: descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Reflexão: matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de enfermagem, a que se destina a Revista. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Revisão da literatura: compreende avaliação da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões. Sua extensão limita-se a 10 páginas.

Entrevista: espaço destinado à entrevista de autoridades, especialistas ou pesquisadores de acordo com o interesse do Conselho Diretor. Sua extensão limita-se a 5 páginas.

Resenha: espaço destinado à síntese ou análise interpretativa de obras recentemente publicadas, limitando-se a 4 páginas. Deve apresentar referência conforme o estilo "Vancouver", da obra analisada.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis.

Página de identificação: a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a (os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

Resumo e Descritores: o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, espanhol (resumen) e inglês (abstract), com limite de 150 palavras. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-los consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = **A cura pela prece**

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto

tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As **tabelas** devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na sequência *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Os **quadros** devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As **figuras** devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. Não serão publicadas fotos coloridas, exceto em casos de absoluta necessidade e a critério do Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na sequência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23x16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

Citações no texto: as **citações indiretas** deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.⁷

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.¹⁻⁵

As **citações diretas** (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: "[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos".^{1:30-31}

As citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade* [...] (e7);

Notas de rodapé: o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE). Exemplos:

Livro padrão

Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

Capítulo de livro

Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de saúde pública. In: Figueredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul: Yends; 2005. p.47-72.

Livro com organizador, editor ou compilador

Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: EDUEM; 2002.

Livro com edição

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

Trabalho apresentado em congresso

Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15-18; Curitiba, Brasil. Curitiba: Rede Unida; 2006. Oficina 26.

Entidade coletiva

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: MS; 2005.

Documentos legais

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Tese/Dissertação

Azambuja EP. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

Artigo de jornal

Zavarise E. Servidores da UFSC fazem movimento em defesa do HU. Diário Catarinense, 2007 Jun 28; Geral 36.

Artigo de periódico com até 6 autores

Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan-Mar; 15 (1): 89-97.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2007 Jan-Mar; 16 (1): 71-9.

Material audiovisual

Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis: UFSC/GEHCE; 2006 jul 23.

Mapa

Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis: DCL; 2002.

Dicionários e referências similares

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3a ed. Florianópolis: Ed. Positivo; 2004.

Homepage/web site

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília: MS; 2007 [atualizado 2007 May 04; acesso em 2007 Jun 28]. Disponível em: www.saude.gov.br

Material eletrônico

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis: UFSC/PEN; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. **Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva**. *Rev. Eletr. Enferm.* 2004; 06 (1): [online] [acesso em 2006 Out 01]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/f1_coletiva.html

Corona MBEF. O significado do "Ensino do Processo de Enfermagem" para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribeirão Preto: USP/EERP; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/>

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar o site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português consultar o site: <http://www.ibict.br> e em outras línguas, se necessário, consultar o International Nursing Index, Index Medicus ou o site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

MODELO

À Coordenação Editorial

Texto & Contexto Enfermagem**Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade**

Vimos por meio desta, **solicitar a publicação** do manuscrito encaminhado em anexo, sob o título, _____ de autoria de _____.

Classificação:**Endereço para correspondência:****Declaração de responsabilidade**

- "Certifico que participei suficientemente da autoria do manuscrito para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo".
- "Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para a publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico".
- "Assumo total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo".
- "Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores".

Assinatura do(s) autor(es)

Local, data:

MODELO

À Coordenação Editorial

Revista Texto & Contexto - Enfermagem**Declaração de Transferência de Direitos Autorais**

Os autores abaixo-assinados declaram que os direitos autorais referentes ao artigo (**escrever título do artigo**) que será publicado, se tornarão propriedade exclusiva da **Texto & Contexto Enfermagem**. Do mesmo modo, assumem total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo.

Estamos cientes de que é vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que, a prévia e necessária autorização, seja solicitada e, se obtida, faremos constar o competente agradecimento à **Texto & Contexto Enfermagem** e os créditos correspondentes.

Autores:

Artigo:

Local e data

MODELO

À Coordenação Editorial

Texto & Contexto Enfermagem**Declaração de conflitos de interesse**

Eu, (nome por extenso), autor do manuscrito intitulado (título), declaro que dentro dos últimos 5 anos e para o futuro próximo que possuo () ou não possui () conflito de interesse de ordem:

() pessoal,

() comercial,

() acadêmico,

() político e

Texto contexto-enferm. - Instruções aos autores

() financeiro no manuscrito.

Declaro também que todo apoio financeiro e material recebido para o desenvolvimento da pesquisa ou trabalho que resultou na elaboração do manuscrito estão claramente informados no texto do mesmo.

As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a um conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo ou em documento anexo:

Local, data:

Assinatura:

Envio de manuscritos

PROCEDIMENTO PARA A SUBMISSÃO E PUBLICAÇÃO DE MANUSCRITOS

A taxa de publicação na **Texto & Contexto Enfermagem** é de R\$ 250,00 por artigo a ser pago da seguinte forma.

No encaminhamento inicial efetuar o pagamento de uma **taxa de submissão** no valor de R\$ 45,00. Caso o manuscrito seja aceito, efetuar o restante do pagamento da **taxa de publicação**:

- R\$ 105,00 para assinantes (se todos os autores forem assinantes)
- R\$ 205,00 para não assinantes

O depósito deverá ser realizado no Banco do Brasil, agência 3582-3 e conta corrente 203142-6. O nome do favorecido é Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU). Enviar cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito e o de publicação após ter sido aprovado.

Obs: não será devolvida a taxa de submissão para os manuscritos não aceitos para publicação.

Os manuscritos devem ser endereçados para à **Texto & Contexto Enfermagem**, em 1 via impressa, juntamente com o disquete ou o CD ROOM gravado para o seguinte endereço:

Texto & Contexto Enfermagem

Caixa Postal 5057

CEP: 88.040-970

Trindade - Florianópolis - SC- Brasil

Verificação de itens

Itens exigidos para preparação dos manuscritos

1. Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade assinada por todos os autores (Modelo).
2. Declaração de conflitos de interesse individual assinada por cada autor (Modelo).
3. Cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em manuscritos resultantes de pesquisa que envolve seres humanos.

Itens exigidos para envio dos manuscritos

1. Manuscrito digitado em letra Times New Roman 12, com espaço entre linhas 1,5 cm, configurado em papel A4, com margem esquerda/superior de 3cm e direita/inferior de 2cm, com numeração nas páginas. Utilização de Editor Word for Windows 2000 ou editores compatíveis.
2. Página de identificação.
3. Título (conciso e informativo), resumo (máximo de 150 palavras) e descritores (3 a 5 palavras) nos 3 idiomas.
4. Apresentação das seções do manuscrito de acordo com as normas.
5. Ilustrações (tabelas, quadros e figuras) conforme as normas da Revista e no máximo de 5 no conjunto. As figuras devem ser gravadas em separado, no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23X16 cm.
6. Citações diretas e indiretas, assim como os verbatins de acordo com as normas.
7. Manuscrito contendo no máximo 3 notas de rodapé.
8. Referências redigidas de acordo com as normas.

Texto contexto-enferm. - Instruções aos autores

9. Manuscrito com número de páginas limite, de acordo com a categoria do artigo.
10. Cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2009 Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC

Campus Universitário - Trindade
88040-970 Florianópolis, Santa Catarina, Brasil
Tel.: +55 48 3721-9043 / +55 48 3721-9787



tex.toecontexto@nfr.ufsc.br

ANEXO E – Cartas de Encaminhamento – Texto&Contexto Enfermagem

À Coordenação Editorial
Texto & Contexto Enfermagem

Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade

Vimos por meio desta, **solicitar a publicação** do manuscrito encaminhado em anexo, sob o título, **A ARTICULAÇÃO ENSINO - SERVIÇO E SEUS REFLEXOS NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS** de autoria de Márcia Maria Bragança Lopes e Marta Lenise do Prado.

Classificação: artigo original

Endereço para correspondência:

Márcia Maria Bragança Lopes.
Rua Bernal do Couto 420/1102
Bairro Umarizal, Belém - Pará
Cep 66055080
Fone/fax (91) 3201-6809
E-mail: mmbml@ufpa.br

Declaração de responsabilidade

- "Certifico que participei suficientemente da autoria do manuscrito para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo".
- "Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para a publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico".
- "Assumo total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo".

- "Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores".

Local, data:

Marcia Maria Bragança Lopes

Marta Lenise do Prado

À Coordenação Editorial
Revista Texto & Contexto - Enfermagem

Declaração de Transferência de Direitos Autorais

Os autores abaixo-assinados declaram que os direitos autorais referentes ao artigo **A ARTICULAÇÃO ENSINO - SERVIÇO E SEUS REFLEXOS NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS** que será publicado, se tornarão propriedade exclusiva da **Texto & Contexto Enfermagem**. Do mesmo modo, assumem total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo.

Estamos cientes de que é vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que, a prévia e necessária autorização, seja solicitada e, se obtida, faremos constar o competente agradecimento à **Texto & Contexto Enfermagem** e os créditos correspondentes.

Autores: Marcia Maria Bragança Lopes e Marta Lenise do Prado

Artigo: **A ARTICULAÇÃO ENSINO - SERVIÇO E SEUS REFLEXOS NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS**

Local e data

Marcia Maria Bragança Lopes

Marta Lenise do Prado

À Coordenação Editorial
Texto & Contexto Enfermagem

Declaração de conflitos de interesse

Eu, **Marcia Maria Bragança Lopes**, autor do manuscrito intitulado (título), declaro que dentro dos últimos 5 anos e para o futuro próximo que possuo () ou não possuo () conflito de interesse de ordem:

- ☐ pessoal,
- ☐ comercial,
- ☐ acadêmico,
- ☐ político e
- ☐ financeiro no manuscrito.

Declaro também que todo apoio financeiro e material recebido para o desenvolvimento da pesquisa ou trabalho que resultou na elaboração do manuscrito estão claramente informados no texto do mesmo.

As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a um conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo ou em documento anexo.

Local, data:

Marcia Maria Bragança Lopes

À Coordenação Editorial

Texto & Contexto Enfermagem

Declaração de conflitos de interesse

Eu, **Marta Lenise do Prado**, autor do manuscrito intitulado (título), declaro que dentro dos últimos 5 anos e para o futuro próximo que possuo () ou não possuo () conflito de interesse de ordem:

- () pessoal,
- () comercial,
- () acadêmico,
- () político e
- () financeiro no manuscrito.

Declaro também que todo apoio financeiro e material recebido para o desenvolvimento da pesquisa ou trabalho que resultou na elaboração do manuscrito estão claramente informados no texto do mesmo.

As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a um conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo ou em documento anexo.

Local, data:

Marta Lenise do Prado

ANEXO F – Instrução aos Autores – Revista Brasileira de Enfermagem

Rev Bras Enferm - Instruções aos autores



ISSN 0032-7167 *versão impressa*

ISSN 1984-0446 *versão on line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Tipos de Artigos](#)
- [Preparo dos Manuscritos](#)
- [Endereço para Submissão](#)

Tipos de Artigos

A **Revista Brasileira de Enfermagem** (REBEn), recebe submissões de artigos nos idiomas Português, Inglês e Espanhol segundo as seguintes seções:

- Editorial,
- Pesquisa,
- Revisão,
- Ensaio,
- Reflexão,
- Relato de Experiência,
- Atualização,
- História da Enfermagem,
- Página do Estudante,
- Cartas ao Editor.

Preparo dos Manuscritos

A REBEn adota as orientações das Normas de Vancouver. Estas normas estão disponíveis na URL: <http://www.icmje.org/index.html>.

O arquivo contendo o manuscrito deve ser elaborado no Editor de Textos MS Word com a seguinte configuração de página: margens de 2 cm em todos os lados; fonte Arial ou Times, tamanho 12 com espaçamento entrelinhas de 1,5 pt.

a) Página dos Metadados: Deverá conter os seguintes metadados e na seguinte ordem: 1) título do artigo (conciso, porém informativo) nos três idiomas (português, inglês e espanhol); 2) nome do(s) autor(es), indicando em nota de rodapé o(s) título(s) universitário(s), ou cargo(s) ocupado(s), nome do Departamento e Instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído, Cidade, Estado e endereço eletrônico; 3) resumo, abstract, resumen e, 4) descritores nos três idiomas.

Resumos e Descritores: o resumo deverá conter até no máximo 120 palavras, contendo objetivo da pesquisa, metodologia adotada, procedimentos de seleção dos sujeitos do estudo, principais resultados e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo. Abaixo do resumo incluir 3 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>). Todos os artigos deverão incluir resumos em português, inglês e espanhol. Apresentar seqüencialmente os três resumos nesta página de identificação.

b) Ilustrações, abreviaturas e símbolos: as tabelas: devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. O mesmo se aplica aos quadros e figuras (fotografias, desenhos, gráficos, etc). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar a respectiva permissão. Utilize somente abreviações padronizadas. Evite abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso aos quais as abreviações correspondem devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

c) Notas de Rodapé: deverão ser indicadas em ordem alfabética, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

d) Citação de Referências Bibliográficas: numerar as

referências de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as referências no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos. Quando tratar-se de citação sequencial separe os números por traço (ex: 1-5); quando intercalados, use vírgula (ex: 1,5,7).

d) Exemplos de Listagem das Referências

Livros como um todo

Foucault M. Microfísica do poder. 10a. ed. Vol 7. Rio de Janeiro: Graal; 1992.

Capítulo de livro

Garcia TR. Diagnósticos de enfermagem: como caminhamos na pesquisa. In: Guedes MVC, Araújo TL, organizadores. O uso do diagnóstico na prática da enfermagem. 2a. ed. Brasília: ABEn; 1997. p. 70-6.

Teses, dissertações e monografias

Galvão CM. Liderança situacional: uma contribuição ao trabalho do enfermeiro-líder no contexto hospitalar [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995.

Trabalhos de congressos e de seminários: anais, livros de resumos

Barreira IA, Batista SS. Nexos entre a pesquisa em história da enfermagem e o processo de cientificação da profissão. In: Anais do 51o. Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1999 out 2-7; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis: ABEn; 2000. p. 295-311.

Artigos de periódicos

Artigo Padrão

Rossato VMD, Kirchhof ALC. O trabalho e o alcoolismo: estudo com trabalhadores. Rev Bras Enferm 2004;57(3): 344-9.

Com mais de seis autores

Fernandes JD, Guimarães A, Araújo FA, Reis LS, Gusmão MC,

Margareth QB, et al. Construção do conhecimento de enfermagem em unidades de tratamento intensivo: contribuição de um curso de especialização. *Acta Paul Enferm* 2004;17(3): 325-32.

Instituição como autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. *MMWR* 1990;39(RR-21): 1-27.

Material eletrônico

Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/incidod/EID/eid.htm>

Matéria publicada em site web

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002. [citado em: 12 jun 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Solicita-se aos autores, sempre que possível e quando solicitado, incluir duas ou mais referências de publicações da REBEn no manuscrito.

f) Aspectos Éticos

Nas pesquisas que envolvem seres humanos os autores deverão deixar claro a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, bem como o processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes (Resolução no. 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10 out. 1996).

Endereço para Submissão

Os manuscritos deverão ser submetidos pelo Sistema de Submissão Online disponível no site: <http://submission.scielo.br/index.php/reben/login> acessando o link Submissão Online. O usuário/autor responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema. Toda a tramitação das etapas do processo editorial será realizada por meio deste sistema.

Ao submeter o manuscrito o autor deverá firmar eletronicamente que o artigo não está sendo submetido paralelamente a outro periódico. Este procedimento elimina a necessidade do envio de cartas de Responsabilidade de Autoria e Transferência de Direitos Autorais.

Durante as etapas do processo editorial, aos autores poderá ser solicitada uma descrição dos papéis de cada autor na elaboração do artigo, lembrando que a participação na coleta de dados e na elaboração técnica do artigo não se constitui em autoria. Todos os autores do artigo, em caso de publicação, deverão ser assinantes da REBEn.

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

© 2009 Associação Brasileira de Enfermagem

SGAn - Av. L2 Norte - Quadra 603 - Módulo B.
70830-030 - Brasília - DF - Brasil
Tel.: + 55 61 3226-0653
Fax: + 55 61 3226-4473



reben@abennacional.org.br

ANEXO G – Instrução aos Autores - INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação

Interface (Botucatu) - Instruções aos autores

Page 1 of 5



ISSN 1414-3283 versão
impressa
ISSN 1807-5726 versão online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Projeto e política editorial](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio dos manuscritos](#)

Projeto e política editorial

INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

Forma e preparação de manuscritos

SEÇÕES

Dossiê — textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até sete mil palavras).

Artigos — textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até sete mil palavras).

Debates — conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).

Espaço aberto — notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas — depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até sete mil palavras).

Livros — publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com

fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses — descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência; título, palavras-chave e resumo (até quinhentas palavras) em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

Criação — textos de reflexão com maior liberdade formal, com ênfase em linguagem iconográfica, poética, literária etc.

Informes — notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas — comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Observação: na contagem de palavras do texto, excluem-se título, resumo e palavras-chave.

Envio dos manuscritos

SUBMISSÃO DE ORIGINAIS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua.

Os originais devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Criação, Informes e Cartas).

Da folha de rosto devem constar título (em português, espanhol e inglês) e dados dos autores com as informações na seguinte ordem:

Autor principal: vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso). Endereço completo para correspondência, telefones de contato, e-mail.

Co-autores: vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso). Email.

Observação: não havendo vínculo institucional, informar a atividade profissional. A titulação dos autores não deve ser informada.

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a oito. Acima deste número serão listados no rodapé da página.

Também em nota de rodapé o (s) autor (es) deve (m) explicitar se o texto é inédito, se foi financiado, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, **indicando o número do processo**.

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, antes das referências, as responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do mesmo, de acordo com um dos modelos a seguir:

Modelo 1: "Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito."

Modelo 2: "Autor X responsabilizou-se por...; Autor Y responsabilizou-se por...; Author Z responsabilizou-se por..., etc."

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título, resumo (até 150 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Observação: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - numeradas, sucintas, usadas somente quando necessário.

Citações - referências no texto devem subordinar-se à forma - **Autor, ano, página**, em caixa baixa (apenas a primeira letra do sobrenome do autor em caixa alta) conforme o exemplo:

"...e criar as condições para a construção de conhecimentos de forma colaborativa (Kenski, 2001, p. 31).

As referências citadas devem ser listadas no final do texto, em ordem alfabética, segundo normas **adaptadas** da ABNT (NBR 6023), conforme os exemplos:

LIVROS: FREIRE, P. **Pedagogia da indignação:** cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

ARTIGOS em REVISTAS: TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.1, n.1, p.7-40, 1997.

TESES: IYDA, M. **Mudanças nas relações de produção e migração:** o caso de Botucatu e São Manuel. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

EVENTOS: PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1995. p.5.

CAPÍTULOS DE LIVROS: QUÉAU, P. O tempo do virtual. In: PARENTE, A. (Org.). **Imagem máquina:** a era das tecnologias

do virtual. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. p.91-9.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS: WAGNER, C.D.; PERSSON, P.B. Chaos in cardiovascular system: an update. **Cardiovasc. Res.**, v.40, p.257-64, 1998. Disponível em: <<http://www.probe.br/science.html>>. Acesso em: 20 jun. 1999.

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Ilustrações - imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em word. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema como documentos suplementares, com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

As submissões devem ser realizadas on-line no endereço:
<http://submission.scielo.br/index.php/icse/login>

ANÁLISE E APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

A publicação do trabalho implica a cessão integral dos direitos autorais à **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação. Não é permitida a reprodução parcial ou total de artigos e matérias publicadas, sem a prévia autorização dos editores.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

© 2009 Fundação Uni

Distrito de Rubião Junior, s/nº
Caixa Postal 592
18618-000 Botucatu SP Brasil
Tel./Fax: +55 14 3815-3133

ANEXO H – Instrução aos Autores – Revista Latino-Americana de Enfermagem

Rev. Latinoam. Enfermagem - Instruções aos autores

Page 1 of 17



ISSN 0104-1169 versão impressa
ISSN 1518-8345 versão on-line

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Instruções para preparação e submissão dos manuscritos](#)
- [Preparo dos manuscritos](#)
- [Exemplos de referências](#)

Instruções para preparação e submissão dos manuscritos

Essas instruções visam orientar os autores sobre as normas adotadas pela Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) para avaliação de manuscritos e o processo de publicação. As referidas instruções baseiam-se nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: Escrever e Editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo "International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)" - tradução realizada por Sofie Tortelboom Aversari Martins, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Missão da Revista

Publicar resultados de pesquisas científicas de enfermagem e de outras áreas de interesse para profissionais da área de saúde.

Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais e revisões sistemáticas, ou integrativas, cartas ao editor e editoriais.

A RLAE, além de números regulares, publica números especiais, os quais obedecem ao mesmo processo de publicação dos números regulares, aonde todos os manuscritos são avaliados pelo sistema de avaliação por pares (peer review).

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à RLAE, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se para resumos ou relatórios preliminares, publicados em anais de reuniões científicas. Esta Revista desencoraja fortemente a submissão de manuscritos multipartes de uma mesma pesquisa.

A reprodução é proibida, mesmo que parcial, sem a devida autorização do editor.

Processo de julgamento

A Revista possui sistema eletrônico de gerenciamento do processo de publicação. Os manuscritos são encaminhados pelos autores, via on line, e recebem protocolo numérico de identificação. Posteriormente, é realizada avaliação prévia do

manuscrito pelos editores, a fim de verificar a contribuição que o estudo traz para o avanço do conhecimento científico em Enfermagem. O manuscrito é então enviado a três consultores para análise baseada no instrumento de avaliação utilizado pela Revista.

Utiliza-se o sistema de avaliação por pares (peer review), de forma sigilosa, com omissão dos nomes dos consultores e autores. Os pareceres emitidos pelos consultores são apreciados pelos editores associados que os analisam em relação ao cumprimento das normas de publicação, conteúdo e pertinência. Os manuscritos podem ser aceitos, reformulados ou recusados. Após a aceitação pelos editores associados, o artigo é encaminhado para aprovação do editor científico que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a aceitação ou não do artigo, bem como das alterações solicitadas. O parecer da revista é enviado na sequência para os autores.

Submissão

No ato da submissão, o manuscrito deverá ser encaminhado à RLAE em um idioma (português, ou inglês ou espanhol) e, em caso de aprovação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as recomendações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

A submissão de manuscritos é realizada somente no sistema on line no endereço www.eerp.usp.br/rlae.

No momento da submissão o autor deverá anexar no sistema:

- checklist preenchido (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- formulário individual de declarações (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- arquivo do artigo
- aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ou declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos.

O checklist é fundamental para auxiliar o autor no preparo do manuscrito de acordo com as normas da RLAE.

A Revista efetuará a conferência do manuscrito, do checklist e da documentação, e, se houver alguma pendência, solicitará correção. Caso as solicitações de adequação não sejam atendidas, a submissão será automaticamente cancelada.

Publicação

Os artigos são publicados em três idiomas, sendo a versão impressa editada em inglês e a versão on line, em acesso aberto, em português, inglês e espanhol.

Registro de ensaios clínicos

A RLAE apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde - OMS - e do International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE, reconhecendo a

importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de Ensaaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: [HTTP://www.icmje.org](http://www.icmje.org). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Política de arquivamento dos manuscritos

Os manuscritos recebidos pela RLAE, que forem cancelados ou recusados, serão eliminados imediatamente dos arquivos da Revista.

Os arquivos dos artigos publicados serão mantidos pelo prazo de cinco anos, após esse período, serão eliminados.

Erratas

As solicitações de correção deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo.

Categorias de artigos

Artigos originais

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Revisão sistemática

Utiliza método de pesquisa conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder uma pergunta específica e de relevância para a Enfermagem e/ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para a seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise ou metassíntese). As premissas da revisão sistemática são: a exaustão na busca dos estudos, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como o uso de técnicas estatísticas para quantificar os resultados.

Revisão integrativa

Utiliza método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, realizado de maneira sistemática e ordenada e contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma

que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração do estudo, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragens, ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Cartas ao Editor

Inclui cartas que visam discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou relatar pesquisas originais, ou achados científicos significativos.

Estrutura do manuscrito

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

A *Introdução* deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências que sejam estritamente pertinentes.

Os *Métodos* empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Os *Resultados* devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

A *Discussão* enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes. Explicitar as contribuições trazidas pelos artigos publicados na RLAE, referenciando-os no texto, as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica.

A *Conclusão* deve estar vinculada aos objetivos do estudo, mas evitar afirmações e conclusões não fundamentadas pelos dados. Especificamente, evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o manuscrito contenha os dados e análises econômicos apropriados. Evitar reivindicar prioridade ou referir-se a trabalho ainda não terminado. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

Autoria

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A indicação dos nomes dos autores, logo abaixo do título do artigo, é limitada a 6, acima desse número, os autores são listados no Formulário *on line* de submissão como Agradecimentos.

Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

Preparo dos manuscritos

PERIÓDICOS

- título (conciso, porém informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações), nos idiomas português, inglês e espanhol;
- nome do(s) autor(es) por extenso, indicando em nota de rodapé a categoria profissional, o maior título universitário, nome do departamento e instituição aos quais o estudo deve ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, Estado e País;
- nome, o endereço de correio, e-mail, os números de telefone/fax do autor responsável por qualquer correspondência sobre o manuscrito;
- também, inserir o nome de todos os autores no link inserir autores;
- fonte(s) de apoio na forma de financiamentos, equipamentos e fármacos, ou todos esses;
- agradecimentos - nome de colaboradores cuja contribuição não se enquadre nos critérios de autoria, adotados pela RLAE, ou lista de autores que ultrapassaram os nomes indicados abaixo do título
 - consultoria científica
 - revisão crítica da proposta do estudo
 - auxílio e/ou colaboração na coleta de dados
 - assistência aos sujeitos da pesquisa
 - revisão gramatical
 - apoio técnico na pesquisa;
- vinculação do manuscrito a dissertações e teses (nesse caso, informar a instituição responsável);
- o resumo deverá conter até 150 palavras, incluindo o objetivo

da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da enfermagem;

- incluir de 3 a 6 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos - para determinação dos descritores consultar o site <http://decs.bvs.br/> ou MESH - Medical Subject Headings <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

Arquivo do artigo

O arquivo do artigo também deverá apresentar, na primeira página, o título, o resumo e os descritores, nessa sequência, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Não utilizar abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso, aos quais as abreviações correspondem, devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

Documentação obrigatória

No ato da submissão dos manuscritos deverão ser anexados no sistema on line os documentos:

- cópia da aprovação do Comitê de Ética ou Declaração de que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos;
- formulário individual de declarações, preenchido e assinado (download em www.eerp.usp.br/rlae); Ambos documentos deverão ser digitalizados em formato JPG, com tamanho máximo de 1Megabyte cada um.
- arquivo do checklist preenchido pelo autor responsável pela submissão (download em www.eerp.usp.br/rlae).

Formatação obrigatória

- Papel A4 (210 x 297mm).
- Margens de 2,5cm em cada um dos lados.
- Letra Times New Roman 12.
- Espaçamento duplo em todo o arquivo.
- As tabelas devem estar inseridas no texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. Recomenda-se que o título seja breve e inclua apenas os dados imprescindíveis, evitando-se que sejam muito longos, com dados dispersos e de valor não representativo. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.
- Figuras (compreende os desenhos, gráficos, fotos etc.) devem ser desenhadas, elaboradas e/ou fotografadas por profissionais, em preto e branco. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou então possuir permissão, por escrito,

para fins de divulgação científica. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. As abreviações não padronizadas devem ser explicadas em notas de rodapé, utilizando os seguintes símbolos, em sequência:

*,†,‡,§,||,,**,††,‡‡

- Ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2cm (largura da coluna do texto) ou 15cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

- Tabelas, figuras e ilustrações devem ser limitadas a 5, no conjunto.

- Utilize somente abreviações padronizadas internacionalmente.

- Notas de rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

- O número máximo de páginas inclui o artigo completo, com os títulos, resumos e descritores nos três idiomas, as ilustrações, gráficos, tabelas, fotos e referências.

- Artigos originais em até 17 páginas. Recomenda-se que o número de referências limite-se a 25. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.

- Artigos de revisão em até 20 páginas. Sugere-se incluir referências estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.

- Cartas ao Editor, máximo de 1 página.

- Depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em itálico, letra Times New Roman, tamanho 10, na sequência do texto. Ex.: a sociedade está cada vez mais violenta (sujeito 1).

- Citações *ipsis litteris* usar apenas aspas, na sequência do texto.

- Referências - numerar as referências de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificá-las no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.

- Incluir contribuições sobre o tema do manuscrito já publicadas na RLAE.

- Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 1-2); quando intercalados use vírgula (ex.: 1,5,7).

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Como citar os artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem:

Os artigos publicados na RLAE devem ser citados preferencialmente no idioma inglês.

Modelo de referências

PERIÓDICOS**1 - Artigo padrão**

Figueiredo EL, Leão FV, Oliveira LV, Moreira MC, Figueiredo AF. Microalbuminuria in nondiabetic and nonhypertensive systolic heart failure patients. *Congest Heart Fail.* 2008;14(5):234-8.

2 - Artigo com mais de seis autores

Silva ARV, Damasceno MMC, Marinho NBP, Almeida LS, Araújo MFM, Almeida PC, et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev. bras. enferm.* 2009;62(1):18-24.

3 - Artigo cujo autor é uma organização

Parkinson Study Group. A randomized placebo-controlled trial of rasagiline in levodopa-treated patients with Parkinson disease and motor fluctuations: the PRESTO study. *Arch Neurol.* 2005;62(2):241-8.

4 - Artigo com múltiplas organizações como autor

Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. *Kardiologiya.* 2008;48(10):74-96. Russian.

5 - Artigo de autoria pessoal e organizacional

Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, Florez JC; Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. *Diabetologia.* 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

6 - Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *J Neurosurg.* 2005;102(3):489-94.
Infram JJ 3rd. Speaking of good health. *Tenn Med.* 2005 Feb;98(2):53.

7- Artigo com indicação de subtítulo

El-Assmy A, Abo-Elghar ME, El-Nahas AR, Youssef RF, El-Diasty T, Sheir KZ. Anatomic predictors of formation of lower caliceal calculi: Is it the time for three-dimensional computed tomography urography? *J Endourol.* 2008;22(9):2175-9.

8 - Artigo sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. *Arq Bras Cardiol* 2000;75(6):28-32.

9 - Artigo em idioma diferente do português

Grimberg M. [Sexualidade, experiências corporais e gênero: um estudo

etnográfico entre pessoas vivendo com HIV na área metropolitana de Buenos Aires, Argentina]. *Cad Saúde Pública* 2009;25(1):133-41. Espanhol.

10 - Artigo publicado em múltiplos idiomas

Canini SRMS, Moraes SA, Gir E, Freitas ICM. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a Brazilian tertiary-care university hospital. *Rev Latino-am Enfermagem set/out* 2008;16(5):818-23. Inglês, Português, Espanhol.

11 - Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)

Silva EP, Sudgursky D. Conceptions about palliative care: literature review. *Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica. [Revisão]. Acta Paul Enferm.* 2008;21(3):504-8.

12 - Artigo publicado em fascículo com suplemento

Wolters ECh, van der Werf YD, van den Heuvel OA. Parkinson's disease-related disorders in the impulsive-compulsive spectrum. *J Neurol.* 2008;255 Suppl 5:48-56.
Abstracts of the 7th Annual Cardiovascular Nursing Spring Meeting of the European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. March 23-24, 2007. Manchester, United Kingdom. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007;6 Suppl 1:S3-58.
de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. *Oncol Nurs Forum.* 2008;35 Suppl:7-12.

13 - Parte de um volume

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, Wang S. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. *J Exp Biol.* 2008;211 Pt 23:3764.

14 - Parte de um número

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. *N Z Med J* 1994;107(986 Pt 1):377-8.

15 - Artigo num fascículo sem volume

Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. *Sinopses* 1988.

16 - Artigo num periódico sem fascículo e sem volume

Oguisso T. Entidades de classe na enfermagem. *Rev Paul Enfermagem* 1981;6-10.

17 - Artigo com paginação indicada por algarismos romanos

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations. [Preface]. *Nurs Clin North Am.* 2008;43(3):xiii-xvi.

18 - Artigo contendo retratação

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. Br J Nurs. 2007;16(1):34-8. Retraction in: Bailey A. Br J Nurs. 2007;16(15):915.

19 - Artigos com erratas publicadas

Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6):1072-9. Errata en: Rev Latino-am Enfermagem 2008;16(1):163.

20 - Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Silvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

21 - Artigo provido de DOI

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. Rev Saúde Pública 2008;42(6):1027-1233. doi: 10.1590/S0034-89102008005000057.

22 - Artigo no prelo

Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. Rev Latino-am Enfermagem. In press 2009.

23 - Artigo em idioma diferente do inglês

Arilla Iturri S, Artázcoz Artázcoz MA. External temporary pacemakers. Rev Enferm. 2008;31(11):54-7. Spanish.

LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS

24 - Livro padrão

Ackley BJ, Ladwig GB. Nursing Diagnosis Handbo: an evidence-based guide to planning care. 8th.ed. New York: Mosby; 2007. 960 p.
Bodenheimer HC Jr, Chapman R. Q&A color review of hepatobiliary medicine. New York: Thieme; 2003. 192 p.

25 - Livro cujo nome do autor possui designação familiar

Strong KE Jr. How to Select a Great Nursing Home. London: Tate Publishing; 2008. 88 p.

26 - Livro editado por um autor/editor/organizador

Bader MK, Littlejohns LR, editors. AANN core curriculum for neuroscience

nursing. 4th. ed. St. Louis (MO): Saunders; c2004. 1038 p.

27 - Livro editado por uma organização

Advanced Life Support Group. Pre-hospital Paediatric Life Support. 2nd ed. London (UK): BMJ Books/Blackwells; 2005.
Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

28 - Livro sem autor/editor responsável

HIV/AIDs resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

29 - Livro com edição

Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.

30 - Livro publicado em múltiplos idiomas

Ruffino-Neto A; Villa, TCS, organizador. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. São Paulo: Instituto Milênio Rede TB, 2000. 210 p. Português, Inglês.

31 - Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, [1997]. 96 p.
Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

32 - Livro de uma série com indicação de número

Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).

33 - Livro publicado também em um periódico

Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).

34 - Capítulo de livro

Aguiar WMJ, Bock AMM, Ozella S. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: Bock AMM, Gonçalves Furtado O. Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. São Paulo (SP): Cortez; 2001. p. 163-78.

PUBLICAÇÕES DE CONFERÊNCIAS

35 - Proceedings de conferência com título

Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. 320 p.

36 - Trabalho apresentado em evento e publicado em anais

Silva EC da, Godoy S de. Tecnologias de apoio à educação a distância: perspectivas para a saúde. In Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. p. 255-60.

37 - Abstract de trabalho de evento

Chiarenza GA, De Marchi I, Colombo L, Olgiatei P, Trevisan C, Casarotto S. Neuropsychophysiological profile of children with developmental dyslexia [abstract]. In: Beuzeron-Mangina JH, Fotiou F, editors. The olympics of the brain. Abstracts of 12th World Congress of Psychophysiology; 2004 Sep 18-23; Thessaloniki, Greece. Amsterdam (Netherlands): Elsevier; 2004. p. 16.

TESES E DISSERTAÇÕES - *sugere-se que sejam citados os artigos oriundos da mesmas*

38 - Dissertação/tese no todo

Arcêncio RA. A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. 141 p.

RELATÓRIOS

39 - Relatórios de organizações

Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não - efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2002. 211 p. Relatório final.
Page E, Harney JM. Health hazard evaluation report. Cincinnati (OH): National Institute for Occupational Safety and Health (US); fev 2001. 24 p. Report n. HETA2000-0139-2824.

PATENTE

40 - Patente

Shimo AKK, inventor; EERP assina. Sanitário portátil; Patente MV 7, 501, 105-0. 12 junho 1995.

JORNAIS**41 - Matéria de jornal diário**

Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 2005 Jul 24;Sect. A:12 (col. 1).
Talamone RS. Banida dos trotes, violência cede lugar à solidariedade. USP Ribeirão 16 fev 2009; Pesquisa: 04-05.

LEGISLAÇÃO**42 - Legislação**

Lei n. 8213 de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 14 ago 1991. [citado 4 jul 2008]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>

43 - Código legal

Occupational Safety and Health Act (OSHA) of 1970, 29 U.S.C. Sect. 651 (2000).

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS**44 - Livro na íntegra na internet**

Berthelot M. La synthèse chimica. [internet]. 10eme. ed. Paris (FR): Librairie Germer Baillière; 1876. [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://www.obrasraras.usp.br/livro.php?obra=001874>

45 - Livro na internet com múltiplos autores

Collins SR, Kriss JL, Davis K, Doty MM, Holmgren AL. Squeezed: why rising exposure to health care costs threatens the health and financial well-being of American families [internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Sep [acesso em: 2 nov 2006]. 34 p. Disponível em: http://www.cmf.org/usr_doc/Collins_squeezedrisinghlthcarecosts_953.pdf

46 - Capítulo de livro na internet

National Academy of Sciences, Committee on Enhancing the Internet for Health Applications: Technical Requirements and Implementation Strategies. Networking Health: Prescriptions for the Internet [Internet]. Washington: National Academy Press; 2000. Chapter 2, Health applications on the internet; [Acess: 13 fev 2009]; p. 57-131. Available from: http://bo.s.nap.edu/openbo.php?record_id=9750&page=57

National Academy of Sciences (US), Institute of Medicine, Board on Health Sciences Policy, Committee on Clinical Trial Registries. Developing a national registry of pharmacologic and biologic clinical trials: workshop report [internet]. Washington: National Academies Press (US); 2006. Chapter 5, Implementation issues; [cited 2009 Nov 3]; p. 35-42. Available from: http://newton.nap.edu/bo_s/030910078X/html/35.html

47 - Livros e outros títulos individuais em CD-ROM, DVD, ou disco

Kacmarek RM. Advanced respiratory care [CD-ROM]. Version 3.0. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2000. 1 CD-ROM: sound, color, 4 3/4 in.

48 - Livro em CD-ROM, DVD, ou disco em um proceedings de conferência

Colon and rectal surgery [CD-ROM]. 90th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons; 10-14 out 2004; New Orleans, LA. Woodbury (CT): Cine-Med; c2004. 2 CD-ROMs: 4 3/4 in.

49 - Monografia na internet

Agency Facts. Facts 24. Agência Européia para a segurança e a saúde no Trabalho. 2002. Violência no trabalho. [Acesso em: 27 fev 2008]. Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/24/factsheetsn24-pt.pdf>
Moreno AMH, Souza ASS, Alvarenga G Filho, Trindade JCB, Roy LO, Brasil PEA, et al. Doença de Chagas. 2008. [Acesso em: 27 fev 2008]. Disponível em: <http://www.ipec.fiocruz.br/pepes/dc/dc.html>

50 - Artigo de periódico na internet

Lin SK, McPhee DJ, Muguet FF. Open access publishing policy and efficient editorial procedure. *Entropy* [internet]. 2006 [acesso em: 08 jan 2007];8:131-3. Disponível em: <http://www.mdpi.org/entropy/htm/e8030131.htm>

51 - Artigo da internet com número de DOI

Almeida AFFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2007. [Acessado em 28 novembro 2008];41(4):565-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400010&lng=&nrm=iso

52 - Artigo de periódico da internet com partícula hierárquica no nome

Seitz AR, Nanez JE Sr, Holloway S, Tsushima Y, Watanabe T. Two cases requiring external reinforcement in perceptual learning. *J Vis* [internet]. 22 ago 2006 [acesso em: 9 jan 2007];6(9):966-73. Disponível em: <http://journalofvision.org/6/9/9/>

53 - Artigo de periódico da internet com organização como autor

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. *S Afr Med J* [internet]. 2006 Aug [acesso em: 9 jan 2009];96(8):696-7. Disponível em:

http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/m_samj_v96_n8_a12.pdf

54 - Artigo de periódico da internet com paginação em números romanos

Meyer G, Foster N, Christrup S, Eisenberg J. Setting a research agenda for medical errors and patient safety. *Health Serv Res [Internet]*. abril 2001 [acesso em: 9 jan 2009];36(1 Pt 1):x-xx. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1089210&blobtype=pdf>

55 - Artigo de periódico da internet com mesmo texto em dois ou mais idiomas

Alonso Castillo BAA, Marziale MHP, Alonso Castillo MM, Guzmán Facundo FR, Gómez Meza MV. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México = Stressful situations in life, use and abuse of alcohol and drugs by elderly in Monterrey, México = Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. *Rev Latino-am Enfermagem [Internet]*. jul/ago 2008 [Acesso em 24 novembro 2008];16(no. Spe):509-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issue&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso Português, Inglês, Espanhol.

56 - Artigo de periódico da internet com título em idioma diferente do português

Tomson A, Andersson DE. [Low carbohydrate diet, liquorice, spinning and alcohol-life-threatening combination]. *Lakartidningen*. 2008 Oct 1-7;105(40):2782-3. Swedish.

57 - Proceedings de conferência na internet

Basho PG, Miller SH, Parboosingh J, Horowitz SD, editors. Credentialing physician specialists: a world perspective [Internet]. Proceedings; 08-10 jun 2000; Chicago. Evanston (IL): American Board of Medical Specialties, Research and Education Foundation; [acesso em 3 nov 2006]. 221 p. Disponível em: <http://www.abms.org/publications.asp>

58 - Legislação na internet

Lei 8.213, de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. 1991. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.trt02.gov.br/Geral/tribunal2/Legis/Leis/8213_91.html

59 - Documentos publicados na internet

Organização Internacional do Trabalho (OIT). A eliminação do trabalho infantil: um objetivo ao nosso alcance. Suplemento - Brasil Relatório Global - 2006. 2006. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR_2006_Suplemento_Brasil.pdf

60 - Verbete de dicionário na internet

Merriam-Webster medical dictionary [internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005. Cloning; [cited 2006 Nov 16]; [about 1 screen]. Available from: <http://www2.merriam-webster.com/cgi-bin/mwmedn1m?bo=Medical&va=cloning>

61 - Tese e Dissertação na internet (sugere-se que sejam citados os artigos oriundos das mesmas)

Sperandio DJ. A tecnologia computacional móvel na sistematização da assistência de enfermagem: avaliação de um software - protótipo [tese na internet]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008 [acesso em: 13 fev 2009]. 141 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11092008-165036/publico/DirceleneJussaraSperandio.pdf>

62 - Homepage na internet

Biblioteca Virtual em Saúde [internet]. São Paulo: BIREME/HDP/OPAS/OMS; 1998 [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>

63 - Bases de dados/sistemas de recuperação na internet com autor individual/organização

Vucetic N, de Bri E, Svensson O. Clinical history in lumbar disc herniation. A prospective study in 160 patients [internet]. São Paulo (SP): Centro Cochrane do Brasil/Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. [1996] - [atualizada em 29 jan 2009; acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/> Ministério da Previdência Social (BR). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social: resumo de acidentes do trabalho-2006. [internet]. [acesso em: 7 fev 2009]. Disponível em: http://creme.dataprev.gov.br/temp/DACT01consu_Ita34002030.htm

64 - Bases de dados na íntegra na internet

Bases de Datos de Tesis Doctorales (TESEO) [internet]. Madrid: Ministerio de Educacion y Ciencia. [1976] - [acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://www.mcu.es/TESEO/teseo.html>

65 - Matéria de jornal na internet

Russo N. Transplantes crescem 12,5% em 98. Folha de São Paulo 19 jan 1999. [acessado em 5 de setembro de 2008]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff19019920.htm>

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo Editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

© 2002-2009 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Av. Bandeirantes, 3900

ANEXO I – Formulário Individual de Declarações

FORMULÁRIO INDIVIDUAL DE DECLARAÇÕES

Caso o manuscrito tenha mais que um autor, cada um deles deverá preencher, assinar e entregar para o autor responsável pela submissão, para digitalizar em formato JPG e anexar no sistema *on line*, em <http://www.eerp.usp.br/rlae>

Título do Manuscrito: _____

Cada autor deve atender a todos os critérios abaixo e deve indicar suas contribuições gerais e específicas, marcando com a letra X os campos apropriados:

A. Confirmando que:

- ☐ O manuscrito representa trabalho original e válido e que nem o presente manuscrito nem outro com conteúdo semelhante de minha autoria foram publicados ou estão sendo considerados para publicação em outro periódico.
- ☐ se solicitado pelo editor encaminharei as informações necessárias quanto aos dados em que o manuscrito foi baseado.

B. Tive participação suficiente no trabalho para assumir a responsabilidade por (marque uma das alternativas abaixo)

- ☐ Parte do conteúdo ☐ Conteúdo integral

C. Como autor, minha contribuição foi:

- ☐ concepção e planejamento do projeto de pesquisa
- ☐ obtenção ou análise e interpretação dos dados
- ☐ redação e revisão crítica

D. Conflito de interesses. Declaro que:

- ☐ Não tenho conflitos de interesse, incluindo interesses financeiros específicos e relacionamentos e afiliações relevantes ao tema ou materiais discutidos no manuscrito.
- ☐ Confirmando que todos os financiamentos, outros apoios financeiros, e apoio material/humano para esta pesquisa e/ou trabalho estão claramente identificados no formulário eletrônico de submissão de manuscritos para avaliação, disponível no endereço: <http://www.eerp.usp.br/rlae>, como Agradecimentos.

E. Agradecimentos

- ☐ Confirmando que as pessoas que contribuíram substancialmente ao trabalho relatado neste manuscrito, mas que não atendem aos critérios para autoria, foram mencionadas junto com suas contribuições específicas como Agradecimentos no formulário *on line* de submissão.
- ☐ Confirmando que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos deram sua permissão por escrito ao autor para serem incluídas nos agradecimentos;
- ☐ Confirmando que se os Agradecimentos não foram incluídos no formulário *on line* de submissão, foi porque nenhuma outra pessoa contribuiu substancialmente a este manuscrito.

F. Transferência de Direitos Autorais/Publicação

Declaro que em caso de aceitação do manuscrito para publicação, concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Revista Latino-Americana de Enfermagem, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista Latino-Americana de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

G. Tradução

Declaro ter ciência que, em caso de aprovação do artigo para publicação, o custo das traduções será de responsabilidade dos autores.

Nome completo: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____